

REGISTRO DA ASSISTÊNCIA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE: REVISÃO INTEGRATIVA

REGISTRATION OF CARE BY THE NURSING TEAM IN THE PATIENT'S ELECTRONIC MEDICAL RECORD: INTEGRATIVE REVIEW

REGISTRO DE CUIDADOS POR PARTE DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DEL PACIENTE: REVISIÓN INTEGRADORA

Bruna Stein Do Lago Sales¹
 Kátia Elaine Aparecida Pereira²
 Jhuliano Silva Ramos de Souza³
 Roberta Garcia Gomes⁴
 Roberta Seron Sanches⁵
 Zélia Marilda Rodrigues Resck⁶

¹Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-3848-1673>

²Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-9842-2302>

³Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4338-4433>

⁴Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0277-4371>

⁵Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7557-5560>

⁶Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3752-8381>

^{1,2,3,4,5,6} Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente

Jhuliano Silva Ramos de Souza

R. Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Centro, Alfenas - MG, Brasil. CEP: 37130-001. E-mail: jhulianoramos@hotmail.com Tel: +55(35)3701-9471.

RESUMO

Objetivo: Identificar as evidências científicas sobre os registros e recursos atuais utilizados pela equipe de enfermagem no prontuário eletrônico do paciente. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, baseada na questão da pesquisa: qual a situação atual dos registros da assistência de enfermagem pela equipe de enfermagem no Prontuário Eletrônico do Paciente? **Resultados:** Por meio da busca na base de dados, foram identificados 1.253 estudos, dos quais sete artigos foram selecionados para análise. A partir dessa seleção, foi possível estabelecer uma categoria intitulada “Registro de Enfermagem da Assistência aos Pacientes: Vantagens e Desvantagens do Prontuário Eletrônico”. Esta categoria foi dividida em duas subcategorias: a primeira, “Vantagens dos Registros Eletrônicos como Ferramentas para Sistematizar o Cuidado ao Paciente e a Comunicação entre Profissionais”; e a segunda, “Desvantagens e Desafios no Uso do Prontuário Eletrônico do Paciente sob a Perspectiva da Equipe de Enfermagem”. **Conclusão:** Aponta-se que os registros de enfermagem no prontuário eletrônico do paciente permitem sistematizar o cuidado, menor tempo para as anotações e assim, maior tempo de contato dos profissionais da equipe de enfermagem com os pacientes, trazendo benefícios. No entanto, ainda há dificuldades e desafios presentes quanto ao uso da ferramenta, o que requer a capacitação da equipe de enfermagem para otimizar a aplicabilidade da informatização para os registros de enfermagem.

Palavras-chave: Registro Eletrônico de Saúde; Prontuário Eletrônico do Paciente; Registro de Enfermagem; Registro da Assistência; Equipe de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: Identify scientific evidence on current records and resources used by the nursing team in the patient's electronic medical record. **Methods:** This is an integrative literature review, based on the research question: what is the current status of nursing care records by the nursing team in the Electronic Patient Record? **Results:** Through the database search, 1253 studies were found, with seven articles ultimately being selected. It was possible to choose a category entitled “Nursing records of patient care: advantages and disadvantages in the electronic medical record approach”, with two subcategories, the first “Advantages of electronic records as tools to systematize patient care and communication between professionals” and the second, “Disadvantages and challenges in the use of electronic patient records in the light of nursing team professionals”. **Conclusion:** It is pointed out that nursing records in the patient's electronic medical record allow for systematization of care, less time for notes and thus more contact time between nursing team professionals and patients, bringing benefits. However, there are still difficulties and challenges regarding the use of the tool, which requires training of the nursing team to optimize the applicability of computerization for nursing records.

Keywords: Electronic Health Record; Electronic Patient Record; Nursing Record; Assistance Record; Nursing Team.

RESUMEN

Objetivo: Identificar evidencia científica sobre registros y recursos actuales utilizados por el equipo de enfermería en la historia clínica electrónica del paciente. **Métodos:** Se trata de una revisión integradora de la literatura, basada en la pregunta de investigación: ¿cuál es el estado actual de los registros de cuidados de enfermería por parte del equipo de enfermería en el Registro Electrónico del Paciente? **Resultados:** A través de la búsqueda en las bases de datos se identificaron 1.253 estudios, de los cuales se seleccionaron siete artículos para el análisis. A partir de esta selección se logró establecer una categoría denominada “Registro de Enfermería de la Atención al Paciente: Ventajas y Desventajas de la Historia Clínica Electrónica”. Esta categoría se dividió en dos subcategorías: la primera, “Ventajas de la Historia Electrónica como Herramientas para Sistematizar la Atención al Paciente y la Comunicación entre Profesionales”; y el segundo, “Desventajas y desafíos en el uso de registros electrónicos de pacientes desde la perspectiva del equipo de enfermería”. **Conclusión:** Se destaca que los registros de enfermería en la historia clínica electrónica del paciente permiten la sistematización de los cuidados, menor tiempo para notas y, por tanto, mayor tiempo de contacto entre los profesionales del equipo de enfermería y los pacientes, trayendo beneficios. Sin embargo, aún existen dificultades y desafíos en cuanto al uso de la herramienta, lo que requiere la capacitación del equipo de enfermería para optimizar la aplicabilidad de la informatización de los registros de enfermería.

Palabras clave: Historia clínica electrónica; Historial Electrónico del Paciente; Registro de Enfermería; Registro de Asistencia; Equipo de Enfermería.



INTRODUÇÃO

Os registros de enfermagem são uma forma vital de comunicação escrita que contém informações cruciais sobre o paciente e os cuidados fornecidos pela equipe de enfermagem, auxiliando na elaboração do plano assistencial, fornecendo subsídios para a avaliação da assistência, acompanhando a evolução do paciente, facilitando a auditoria de enfermagem e contribuindo para o ensino e pesquisa na área ⁽¹⁾.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em 2012, normatiza que é de responsabilidade e dever dos profissionais da equipe de Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e outros documentos específicos, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho ⁽²⁾.

Para tanto, as anotações de enfermagem constituem meio de comunicação entre as equipes que participam do tratamento integral aos pacientes, além de serem importantes indicadores assistenciais e epidemiológicos, usados assim, em estatísticas ⁽¹⁾.

Ressalta-se que os registros médicos eletrônicos auxiliam na prevenção, diagnóstico, tratamento, recuperação da saúde, e subsidiam dados para indicadores. E, ainda, os registros eletrônicos fornecem informações e evidências legais às instituições médicas e empresas farmacêuticas ⁽³⁾.

A Enfermagem produz, diariamente, muitas informações inerentes ao cuidado aos pacientes, sendo possível estimar que ela seja responsável por mais de 50% das informações contidas no prontuário do paciente. Para tanto, é

indiscutível a necessidade de registros adequados e frequentes no prontuário ⁽⁴⁾.

Em 2024, o Conselho Federal de Enfermagem alinha ao sistema de informação informatizado e normatiza o uso do prontuário eletrônico e plataformas digitais no âmbito da enfermagem, sendo de responsabilidade e dever dos profissionais de Enfermagem registrar, no prontuário do paciente, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, de modo a permitir a continuidade da assistência ⁽⁵⁾.

Preconiza-se que devem constar nos prontuários dados referentes ao protocolo de identificação do paciente, como nome completo e data de nascimento, a anamnese, o plano terapêutico, laudos de exames complementares, prescrição médica e evolução de Enfermagem, termos de consentimento, motivos de transferência, alta ou óbito e documentos diversos ⁽⁶⁾.

Importante ressaltar que a falta de informações relacionadas à assistência prestada aos pacientes e a ausência de um padrão nas descrições dos quadros clínicos e na evolução dos pacientes dificultam a comunicação entre as equipes de saúde multidisciplinares e têm um impacto negativo na qualidade da assistência ⁽¹⁾. Além disso, um prontuário adequadamente preenchido, de forma técnica e organizada, pode servir como base legal para refutar alegações de imperícia, imprudência ou negligência ⁽⁷⁻⁸⁾.

Corroborando que esse instrumento pode ser utilizado como documento legal de defesa ou incriminação dos profissionais nas diversas



esferas judiciais, uma vez que, tendo realizado os procedimentos com segurança e dentro dos princípios técnicos, éticos e legais, o profissional de Enfermagem fica resguardado em casos de dúvidas ou questionamentos futuros ⁽⁹⁾.

Nesta perspectiva, evoluiu-se para um sistema de informação informatizada que propicia a todos os membros da equipe de enfermagem, dados necessários ao desenvolvimento da assistência, como também, otimiza o processo de comunicação entre os integrantes da equipe multiprofissional e o cliente ⁽¹⁰⁾.

Neste contexto, o objetivo deste trabalho consiste em identificar as evidências científicas sobre os registros e recursos atuais utilizados pela equipe de enfermagem no prontuário eletrônico do paciente.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual permite compreender uma questão ou evento específico, ao mesmo tempo em que contribui para a prática baseada em evidências, por meio de estudos relevantes que dão suporte para tomada de decisão que possibilita apontar lacunas para novas pesquisas ⁽¹¹⁾.

O protocolo de pesquisa foi registrado no mês de maio de 2024 pelo repositório *Figshare* (<https://figshare.com>), seguindo o referencial metodológico ⁽¹¹⁾, em que foi gerado o respectivo Identificador de Objeto Digital (DOI): 10.6084/m9.figshare.25748946.

A coleta de dados foi realizada por meio de seis etapas descritas na literatura: I) elaboração da pergunta norteadora; II) busca ou amostragem na literatura; III) coleta de dados; IV) análise crítica dos estudos incluídos; V) discussão dos resultados e VI) apresentação da revisão integrativa ⁽¹¹⁾.

Definiu-se a questão de pesquisa por meio da estratégia PICO (acrônimo para Patient- Intervention- Context) ⁽¹²⁾, para descrição dos seguintes elementos: P (população/problema): Equipe de Enfermagem, I (intervenção): Registros da assistência de Enfermagem; Co (contexto): Prontuário Eletrônico do Paciente. Esta pesquisa pretende responder a um questionamento: Quais são as evidências científicas disponíveis sobre a situação atual dos registros de enfermagem pela equipe no Prontuário Eletrônico do Paciente?

Na busca dos estudos primários utilizou-se como base de dados a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PUBMED (National Library of Medicine), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), Web Of Science (WOS) e SCOPUS (Elsevier).

Realizou-se a busca por meio de descritores controlados e não controlados e combinações com os operadores booleanos “AND”, “OR”: Registro Eletrônico de Saúde OR Prontuário Eletrônico de Enfermagem; Registro de Enfermagem OR Registro da Assistência; “AND” Equipe de Enfermagem.

Foram incluídos artigos primários completos nos idiomas português, inglês e



espanhol, publicados nos últimos dez anos, disponíveis gratuitamente *on-line*. Foram excluídos estudos da literatura cinzenta como livros, teses, dissertações, monografias, resumos, editoriais, resenhas.

A coleta de dados ocorreu nos meses de março e abril de 2024, na qual foi realizada de forma às cegas por dois pesquisadores independentes. Ao longo das buscas nas bases de dados, os artigos coletados foram exportados para o gerenciador de referências *EndNote* x9, versão online, para os critérios de inclusão e exclusão mencionados anteriormente. A busca foi norteada com o cruzamento dos elementos da estratégia PICO.

Utilizou-se também o aplicativo *web Rayyan Systems Inc.*, que auxilia os pesquisadores na seleção dos estudos em métodos de revisões, é uma ferramenta ágil e eficaz de acordo com o cegamento feito pelos pesquisadores ⁽¹³⁾. Os dados coletados foram submetidos à releitura pelo terceiro pesquisador, o orientador.

Logo após a utilização das ferramentas, as informações foram alinhadas de modo a evidenciar o título, autor, ano, metodologia, resultados e conclusão.

Adotou-se o critério para análise dos níveis de evidência a classificação em sete níveis, sendo eles: nível 1- revisão sistemática ou

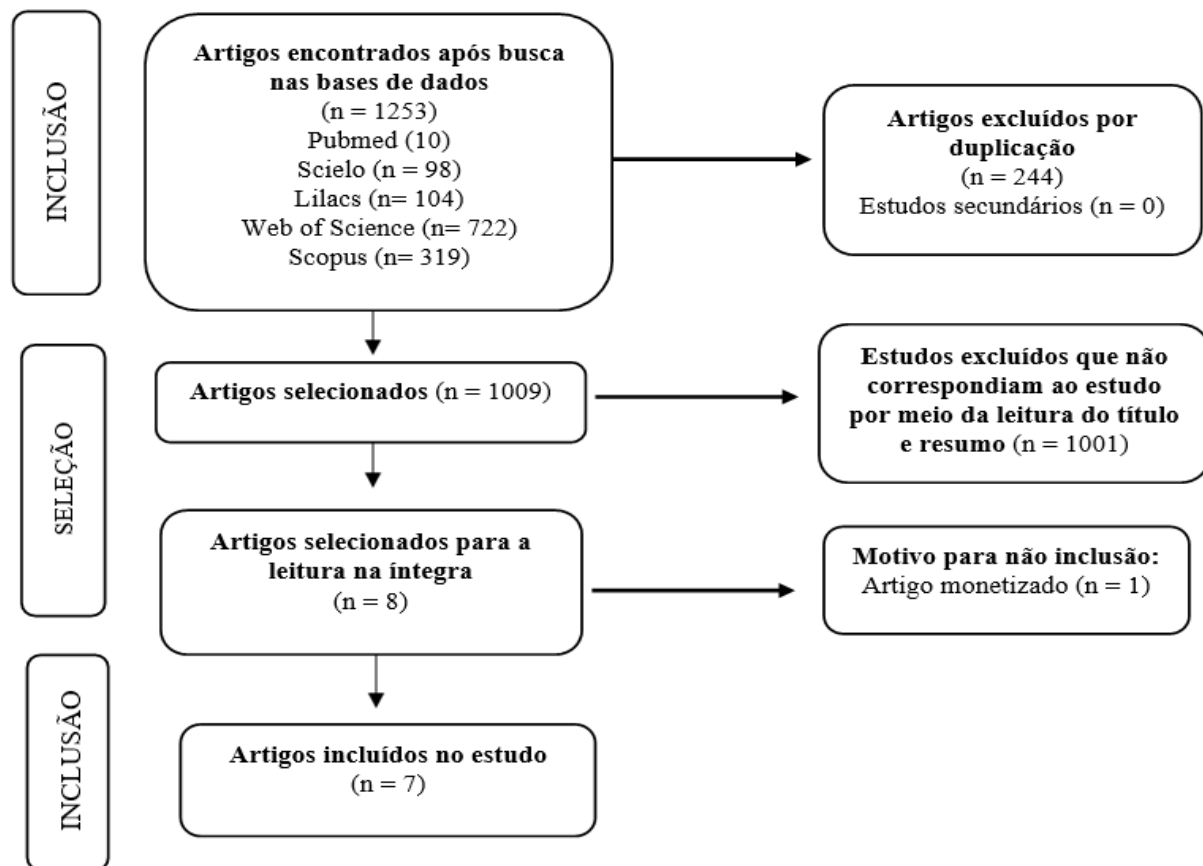
metanálise de ensaio clínico controlado randomizado; nível 2- ensaio clínico controlado randomizado; nível 3- ensaio clínico controlado sem randomização; nível 4- caso controle ou coorte; nível 5- revisão sistemática de estudos qualitativos e descritivos; nível 6- estudos qualitativos e descritivos; nível 7- opinião ⁽¹⁴⁾.

Em seguimento, os dados foram interpretados e categorizados de forma sucinta e metodológica para temáticas relacionadas ao objetivo do estudo, para a discussão.

RESULTADOS

Constitui a apresentação desta revisão integrativa, na qual a partir da busca nas bases de dados, 1253 artigos foram encontrados (Lilacs=104; Pubmed= 10; Scielo= 98; Scopus= 319; Web of Science= 722). Desse total, 244 duplicatas foram excluídas. Posteriormente, à leitura do título e resumo, restaram oito artigos, sendo selecionados para leitura na íntegra e, após a leitura, um artigo foi excluído por ser monetizado. A amostra final foi composta por sete artigos, os quais foram incluídos na presente revisão (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma para seleção dos estudos primários. Alfenas, Minas Gerais, 2024.



No Quadro 2 encontram-se sintetizadas as principais evidências dos sete estudos selecionados, sendo informações relativas aos títulos dos estudos, autores, ano de publicação, periódico, objetivo, tipo de estudo, principais

resultados e nível de evidência. Em relação aos anos de publicação, somente dois estudos foram publicados nos últimos 5 anos e os demais são de anos anteriores.

Título e Periódico	Ano	Objetivo	Delineamento	Desfechos	NE*
Adotando uma estrutura americana para otimizar a documentação de admissão de enfermagem em uma organização de saúde australiana. JAMIA Open. ⁽²⁰⁾	2022	Aplicar e modificar a abordagem American Essential Clinical Dataset para otimizar os elementos de dados de um formulário eletrônico de avaliação de admissão de enfermagem em um distrito de saúde local metropolitano australiano.	Pesquisa descritiva e documental	A abordagem localizada pode ser usada por outras organizações de saúde para otimizar a documentação de enfermagem e pode potencialmente ser compartilhada com outras disciplinas médicas e clínicas para futuros trabalhos de otimização. Isto poderia transformar dados clínicos e de enfermagem em informações significativas e maximizar a tecnologia para apoiar a comunicação, a eficiência e a oportunidade no atendimento ao paciente.	5
Utilização do prontuário eletrônico do paciente pela equipe de enfermagem. Rev. enferm. UFPE on line. ⁽¹⁷⁾	2020	Descrever a utilização do prontuário eletrônico do paciente pela equipe de enfermagem.	Pesquisa quantitativa, descritiva e transversal	Os resultados reforçam a necessidade de investimentos em relação ao “erro no sistema” ou “falha na conexão”, visto que esse foi o maior problema relatado pelos profissionais e está apontado na literatura como uma desvantagem do prontuário eletrônico do paciente.	4
Construção e validação de um registro clínico para atendimento assistencial de enfermagem. Enferm. Universitaria. ⁽¹⁶⁾	2017	Descrever a construção e adaptação do formato Registro Clínico de Enfermagem em uma instituição privada de saúde na cidade de Xalapa, Veracruz, México.	Pesquisa qualitativa descritiva	Os resultados obtidos representam um avanço significativo na melhoria da qualidade do registro clínico e isso ajuda a melhorar a qualidade na atenção dos pacientes.	4
Prontuário eletrônico do paciente: avaliação de usabilidade pela equipe de enfermagem.	2015	Avaliar a qualidade, a partir de critérios da usabilidade dos profissionais de enfermagem na utilização de um prontuário eletrônico	Pesquisa exploratória quantitativa	O sistema avaliado, apesar dos avanços advindos, ainda se apresenta complexo para o usuário que não recebeu treinamento, apesar de possuir interface consistente e interativa.	4



Título e Periódico	Ano	Objetivo	Delineamento	Desfechos	NE*
Cogitare Enferm. ⁽¹⁵⁾					
Registros eletrônicos de saúde e apoio ao trabalho em equipe na atenção primária. JAMIA Open. ⁽¹⁹⁾	2014	Identificar como os registros eletrônicos de saúde facilitam e colocam desafios às equipes de atenção primária, bem como como as práticas estão superando esses desafios.	Pesquisa qualitativa descritiva	Os fornecedores de registros eletrônicos nos Estados Unidos precisam trabalhar em conjunto com equipes de cuidados primários para criar registros clinicamente úteis que apoiem planos de cuidados dinâmicos, software de gestão de cuidados integrados, registros de práticas mais funcionais e interoperáveis e maior facilidade de rastreamento de dados ao longo do tempo.	4
Uso de documentação de prontuário eletrônico por profissionais de saúde em um sistema hospitalar de cuidados agudos. J. Healthc. Manag. ⁽²²⁾	2014	Determinar quais informações do registro eletrônico de saúde são visualizadas e como essas informações são usadas por diferentes tipos de médicos.	Pesquisa descritiva e exploratória	Os profissionais de cuidados clínicos de diversas disciplinas gastam uma quantidade significativa de tempo revisando informações do registro eletrônico; E apenas algumas áreas são frequentemente revistas.	4
Definindo e Incorporando Ações Básicas de Cuidados de Enfermagem ao Prontuário Eletrônico. J. Nurs. Scholarsh. ⁽¹⁸⁾	2014	Desenvolver uma definição de cuidados básicos de enfermagem para o paciente adulto hospitalizado e impulsionar a adoção dessa definição através da implementação de um registro eletrônico de saúde.	Pesquisa descritiva	O uso do prontuário eletrônico pode ajudar a esclarecer, documentar e comunicar elementos dos cuidados básicos e melhorar a aceitação entre os enfermeiros	4

Fonte: Criado pelos autores (2024). Nível de evidência*



DISCUSSÃO

Os artigos selecionados nesta revisão integrativa da literatura indicam que, na situação atual, os registros da assistência de enfermagem estão se concentrando no Prontuário Eletrônico do Paciente. Para a discussão, foi identificada uma categoria principal, subdividida em duas subcategorias.

Registros de enfermagem da assistência aos pacientes: vantagens e desvantagens no enfoque do prontuário eletrônico

Constitui a categoria única, na qual apresenta-se que o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) como ferramenta essencial para o registro de dados de saúde e doença, indispensável para a comunicação entre a equipe multidisciplinar e o paciente ⁽¹⁵⁾.

Considerando-se que a equipe de enfermagem é responsável pela maior parte dos registros no prontuário do paciente, estes devem estar sempre atualizados e regulamentados para que sejam eficazes na sua função de demonstrar a assistência oferecida e refletir, de forma objetiva, a aplicação de cada uma das etapas do Processo de Enfermagem ⁽¹⁶⁾.

Apresenta-se que os profissionais de enfermagem sinalizam para vantagens e desvantagens em relação ao PEP, constituindo-se nas duas subcategorias.

Vantagens dos registros eletrônicos como ferramentas para sistematizar o cuidado ao paciente e a comunicação entre profissionais

Nesta subcategoria, apresenta-se que na avaliação de usabilidade, o PEP apresentou pontos positivos quanto à adequação à tarefa, em conformidade com a expectativa do usuário e tolerância ao erro. E, ainda está relacionado ao uso, a satisfação e a aceitação do sistema, bem como o tempo necessário para o registro dos dados ⁽¹⁵⁾.

Acrescenta-se a capacidade de armazenar todas as informações de saúde, administrativas e clínicas do paciente, contrapondo-se ao prontuário convencional. A segurança ofertada pela utilização de um registro eletrônico é observada quando o PEP permite a realização de backup, para evitar a perda das informações, e a legalidade dos registros, em relação ao prontuário físico, uma vez que o registro digitado possibilita maior entendimento ⁽¹⁷⁾.

Concernente ao uso do PEP por enfermeiros e técnicos de enfermagem constata-se a facilidade de uso, uma vez que pessoas com melhor domínio da informática manipulam, com maior facilidade, as ferramentas tecnológicas. E ainda, identifica-se que o sistema operacional empregado facilita a lembrança, manipulação e acesso, o que favorece que pequena parcela da população estudada relatasse ter dificuldade na compreensão ou manuseio do PEP ⁽¹⁷⁾.



Complementa-se que os registros eletrônicos possibilitam a colaboração interdisciplinar mais eficiente pela disponibilidade de dados e síntese de informações, bem como a melhoria da segurança do paciente, uma vez que o uso do PEP é uma forma eficiente de esclarecer, documentar e comunicar elementos de cuidados básicos à equipe de saúde, além de organizar e orientar o pensamento e a tomada de decisões clínicas dos enfermeiros ⁽¹⁸⁾.

Agrega-se que o registro eletrônico de saúde foi descrito como um fator de facilitação do trabalho em equipe na atenção primária capaz de aprimorar a comunicação dentro da equipe por meio de melhor acesso às informações, como também facilita a redefinição de tarefas e as funções da equipe ⁽¹⁹⁾.

Outra vantagem dos registros eletrônicos é que por meio da aplicação da abordagem sistemática de um conjunto de dados clínicos essenciais na admissão de pacientes, anotados em outros formulários exigidos para admissão, podem ser reunidos em um único formulário eletrônico, tornando mais fácil para a equipe de enfermagem preencher a documentação de admissão ⁽²⁰⁾.

Desvantagens e desafios no uso do prontuário eletrônico do paciente à luz dos profissionais da equipe de enfermagem

Aponta-se como desvantagem e desafio a serem enfrentados nas instituições é

que o PEP está inserido diariamente na rotina de serviços de saúde e muitos enfermeiros e técnicos de enfermagem ainda não se sentem seguros para a sua utilização, necessitando de auxílio para acessar comandos básicos ⁽¹⁵⁾.

Atribui-se que a necessidade de ajuda para trabalhar com recursos informacionais adveio do não treinamento e capacitação dos profissionais ⁽¹⁷⁾.

Complementa-se que se os profissionais não forem capacitados, podem ocorrer falhas na comunicação entre os membros da equipe multiprofissional de saúde, o que pode prejudicar a assistência ao paciente. Portanto, para que o PEP seja uma ferramenta tecnológica eficaz, deve ser objeto de treinamento, facilitando a capacitação dos profissionais ⁽¹⁵⁾.

Ressalta-se, assim, que há uma íntima relação entre o treinamento e a utilização do PEP e sua utilização sem dificuldades por profissionais da saúde ⁽¹⁷⁾.

Corroborar-se também como desvantagem do PEP, as falhas do sistema, ou seja, quando o sistema fica inoperante. Essas falhas acabam prejudicando o acesso aos documentos eletrônicos do paciente e, conseqüentemente, o atendimento de qualidade. Para tanto, tem-se a necessidade de maiores investimentos em sistemas, equipamentos e softwares, imprescindíveis para que as falhas sejam cada vez menos frequentes ⁽¹⁷⁾.

Defende-se que o excesso de documentação e informação dos registros



eletrônicos não agrega valor aos processos da equipe assistencial. Considera-se que otimizar a escolha do conteúdo dos itens e informações que compõem o PEP e apresentá-los de uma forma que melhor apoie os processos de tomada de decisão é uma questão ainda não muito compreendida, o que se torna uma desvantagem na utilização do PEP ⁽²⁰⁻²¹⁾.

Os profissionais de saúde referem gastar tempo revisando informações nos registros eletrônicos e apenas algumas áreas específicas são frequentemente revistas, as quais apresentam dados importantes para o atendimento ao paciente. Muitas áreas dos RES raramente são acessadas para revisão, sendo necessário a reformulação dos registros eletrônicos, de forma a agilizar e reduzir complexidades e redundâncias na documentação ⁽²²⁾.

Os profissionais apontam que o formulário também foi percebido como inflexível, pois não permite que o usuário acesse outras seções do registro eletrônico enquanto ele estiver aberto e depois de iniciado. A repetição de informações e a duplicação de tarefas foram frequentemente citadas como dificuldades ⁽²⁰⁾.

Para tanto, muitos registros eletrônicos de saúde precisam de melhorias nas suas funcionalidades para serem capazes de apoiar o trabalho em equipe, principalmente no que tange os planos de cuidados orientados para a integralidade e o rastreamento longitudinal de dados dos pacientes ⁽¹⁹⁾.

CONCLUSÕES

Pôde-se considerar que atualmente, a maioria dos registros estão sendo feitos de maneira informatizada, pelo uso do PEP, permitindo sistematizar o cuidado, diminuir o tempo gasto em documentar as informações do paciente, eliminar as redundâncias, melhorar o tempo de comunicação entre a equipe, otimizar o acesso à informação e oferecer informações à equipe multidisciplinar. Aponta-se que os facilitadores do uso do PEP convergem para o aumento do contato equipe de cuidado e paciente, fundamental para a assistência integral e segurança do paciente.

Esta revisão integrativa teve como limitação os poucos estudos encontrados na temática abordada, limitando, assim, a compreensão da situação atual dos registros de enfermagem de forma ampla. Infere-se a necessidade de produções científicas com vistas a maior evidência científica, uma vez que esta revisão identificou artigos com evidência nível quatro e cinco.

Espera-se que o presente estudo contribua na formação de futuros profissionais de enfermagem e na qualificação dos mesmos quanto à importância dos registros de enfermagem e o uso do PEP. Outrossim, espera-se alcançar profissionais atuantes na prática clínica de enfermagem a fim de que os desafios acerca do uso dos registros eletrônicos sejam superados.



As evidências deste estudo têm implicações nos serviços de enfermagem, na educação e administração em enfermagem, bem como no contexto científico, uma vez que traz contribuições pertinentes para futuras pesquisas. Contudo, vale ressaltar que todas essas vantagens não são atingíveis se os profissionais da equipe de enfermagem não receberem treinamentos e capacitações constantes para instrumentalizá-los ao uso do PEP e domínio da informatização para os registros de enfermagem.

REFERÊNCIA

1. Omizzolo JE, Ramos KS. Registros de enfermagem: um instrumento para a qualidade da assistência. Inova Saúde [Internet]. 2021 [acesso 2024 Abr 12];11(1):1-16. Disponível em: <https://periodicos.unesc.net/ojs/index.php/Inovasaude/article/view/5254/5622>.
2. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN N° 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 [Internet]. Brasília: DF: COFEN; 2012 [acesso 10 jan 2024]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012/>
3. Sun J, Yao X, Wang S, Wu Y. Blockchain-based secure storage and access scheme for electronic medical records in ipfs. IEEE Access [Internet]. 2020 [acesso 2024 Abr 12];8:59389-401. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1109/access.2020.2982964>.
4. Ferreira LL, Chiavone FBT, Bezerril MS, Alves KYA, Salvador PTCO, Santos VEP. Análise dos registros de técnicos de enfermagem e enfermeiros em prontuários. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [acesso 2024 Abr 12]; 73(2):e20180542. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0542>
5. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN n°754 de 16 de maio de 2024. Normatiza o uso do prontuário eletrônico e plataformas digitais no âmbito da Enfermagem: digitalização, utilização de sistemas informatizados para guarda e armazenamento nesta tecnologia. [Internet]. Brasília: DF: COFEN; 2024. [acesso 2024 Jan 10]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/?p=128256&previe w=true>.
6. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN n° 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília: DF: COFEN; 2009 [acesso 2024 Jan 10]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009/>
7. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN n° 564/2017. Aprova novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. [Internet]. Brasília: DF: COFEN; 2017. [acesso 2024 Jan 10]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html.
8. Brasil. Lei n° 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil [Internet]. Brasília: DF; 2002 [acesso 2024 Jan 10]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2002/lei-10406-10-janeiro-2002-432893-publicacaooriginal-1-pl.html>
9. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (BR). Legislação comentada: lei do exercício profissional e código de ética. v. 3 [Internet]. Florianópolis: SC: Coren-SC;



- 2016; 140 p. [acesso 2024 Jan 10]. Disponível em: http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/11/Legisla%C3%A7%C3%A3o-Comentada_site.pdf.
10. Oliveira AF de S, Lopes Junior HMP, Silva LG da. Impacto da auditoria de enfermagem na gestão de recursos e custos em instituições de saúde. REASE [Internet]. 2024 [acesso 2024 Nov 12];10(10):26-38. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i10.15835>
11. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Revista Einstein [Internet] 2010 [acesso 2024 Nov 12];8(1):102-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf.
12. Araújo W, Oliveira C. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. Conv. Ciênc. Inform [Internet] 2020 [acesso 2024 Maio 23];3(2):100-34. Disponível em: <https://doi.org/10.33467/conci.v3i2.13447>.
13. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. Systematic Reviews [Internet] 2016 [acesso 2024 Nov 12];5(210). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
14. Fineout-Overholt E, Stillwell SB. Asking compelling, clinical questions. In Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice (Melnik BM & Fineout-Overholt E eds). Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2011 [acesso 2024 Nov 12]; 2:25-39.
15. Lahm JV, Carvalho DR. Prontuário eletrônico do paciente: avaliação de usabilidade pela equipe de enfermagem. Cogitare Enferm. [Internet] 2015 [acesso 2024 Nov 12]; 20(1):1-11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i1.36485>. 13
16. López-Cocotle JJ, Moreno-Monsiváis MG, Saavedra-Vélez CH. Construcción y validación de un registro clínico para la atención asistencial de enfermería. Enferm. Universitaria [Internet] 2017. [acesso 2024 Nov 12];14(4):293-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.00>
17. Barros MMO, Damasceno CKCS, Coelho MCVS, Magalhães JM. Utilização do prontuário eletrônico do paciente pela equipe de enfermagem. Rev. enferm. UFPE on line [Internet] 2020. [acesso 2024 Nov 12] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963.2020.241496>.
18. Englebright J, Aldricj K, Taylor CR. Defining and incorporating basic nursing care actions into the electronic health record. J. Nurs. Scholarsh. [Internet] 2014 [acesso 2024 Nov 12];46(1):50-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12057>
19. O'Malley AS, Draper K, Cross DA, Scholle AH. Electronic health records and support for primary care teamwork. JAMIA Open. [Internet] 2015 [acesso 2024 Maio 20];22(2):426-34. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/jamia/ocu029>
20. Shala DR, Jones A, Fairbrothe G, Davis J, Macgregor A, Baysari M. Adopting an American framework to optimize nursing admission Documentation in an Australian health organization. JAMIA Open. [Internet] 2022 [acesso 2024 Maio 20];11;5(3):ooac054. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jamiaopen/ooac054>.
21. Pickering BW, Gajic O, Ahmed A, Herasevich V, Keegan MT. Data utilization for medical decision making at the time of patient admission to ICU. Crit Care Med [Internet]. 2013. [acesso 2024 Maio 20];1(6):1502-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318287f0c0>.
22. Penoyer DA, Cortelyou-Ward KH, Noblin AM, Bullard T, Talbert S, Wilson J, Schafhauser B, Briscoe JG, et al. Use of electronic health record documentation by healthcare workers in an acute care hospital system. J Healthc Manag [Internet]



2014[acesso 2024 Maio 20];59(2):130-44.
Disponível em:
https://journals.lww.com/jhmonline/abstract/2014/03000/use_of_electronic_health_record_documentation_by.8.aspx

Fomento:

Sem fomento

CrITÉRIOS de autoria (contribuições dos autores)

1. contribui substancialmente na concepção e/ou no planejamento do estudo: Sales BSL, Pereira KEAP.
2. na obtenção, na análise e/ou interpretação dos dados: Sales BSL, Pereira KEAP, Souza JSR, Resck ZMR.
3. assim como na redação e/ou revisão crítica e aprovação final da versão publicada: Sales BSL, Pereira KEAP, Gomes, RG, Sanches, RS, Souza JSR, Resck ZMR.

Declaração de conflito de interesses

O manuscrito extraído do trabalho de conclusão de curso “Registro da assistência pela equipe de enfermagem no prontuário do paciente: revisão integrativa da literatura”, defendido em 2024, no Curso de Graduação em Enfermagem, na Universidade Federal de Alfenas.

Editor Científico: Ítalo Arão Pereira Ribeiro.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0778-1447>

