



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde

REGISTRO MÚLTIPLO NO CADASTRO DE PACIENTES DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

MARIA FLORA GARCIA DA SILVA

ORIENTADORA: Ms. MARTIELA RIBEIRO TORRES

Porto Alegre – RS
2010

MARIA FLORA GARCIA DA SILVA

**REGISTRO MÚLTIPLO NO CADASTRO DE
PACIENTES
DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO**

Projeto de pesquisa apresentado como pré-requisito de conclusão do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Parceria da Fundação Oswaldo Cruz com o Grupo Hospitalar Conceição.

ORIENTADORA: Ms. MARTIELA RIBEIRO TORRES

Porto Alegre

2010

AGRADECIMENTOS

A DEUS agradeço a capacidade de buscar o aperfeiçoamento do conhecer a cada dia de minha vida;

A minha Orientadora, Enfermeira e Mestre Martiela Ribeiro Torres, pela orientação cuidadosa e serena com que pude sempre contar, pelo apoio e incentivo que foram fundamentais para que eu pudesse desenvolver meu trabalho;

Aos Diretores do GHC, pela oportunidade na realização do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde;

Ao Gerente de Auditoria Interna Dr. Jaime Nunes Bezerra, pelo apoio e consentimento à realização do curso;

Aos colegas da Auditoria, pela compreensão e colaboração durante a minha ausência pelas aulas do curso;

Aos professores que ministraram aulas durante o curso, pela dedicação em transmitir o aprendizado;

Aos colegas de aula, pelo coleguismo nos trabalhos em grupo e a amizade e parceria celada durante o curso;

Aos profissionais da Gerência de Ensino e Pesquisa, pela colaboração e a pronta ajuda;

Aos membros da banca, pelo saber compartilhado até a última fase do curso;

Aos meus filhos Eduardo e Bruna e meu primeiro neto, o “baby” Luca, que prorroguei conhecê-lo devido às aulas, pela paciência e compreensão na minha ausência durante o curso, me fazendo perseverante na conquista do ideal melhor;

A minha irmã Lurdes e meu sobrinho Lucas pela colaboração e a força de me manter persistente todas as horas;

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão e montagem deste trabalho.

“A sabedoria não nos é dada
e preciso descobri-la por nós mesmos,
depois de uma viagem que ninguém nos pode poupar ou fazer por nós “.
(MARCEL PROUST, Valentin Louis Georges Eugène)

RESUMO

Consultas diárias no Sistema de Cadastro do Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A, evidenciam uma série de números adicionais de um mesmo paciente, denominados de registro múltiplo, motivando assim o tema: “Registro Múltiplo no Cadastro de Pacientes do Hospital Nossa Senhora da Conceição”. Identificar os procedimentos que causam essa duplicidade é papel decisivo e essencial dessa pesquisa. O referencial teórico descrito nesse projeto propicia uma busca de novas tecnologias, com a chegada da era da evolução, momento em que os hospitais do Brasil estão se modernizando a cada dia. Fazem-se necessários o comprometimento e o desafio da interação da alta administração na adoção das tecnologias de ponta em todas as áreas de atuação, principalmente com a introdução do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) nas Unidades de atendimento hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS). Finalmente, o estudo por abordagem qualitativa através da coleta de dados, dirigida aos responsáveis pelas áreas cadastrais de registro de pacientes do HNSC S.A, dará condições de avaliar as respostas declaradas pelos mesmos, possibilitando dimensionar e expressar claramente os objetivos e a expectativa da pesquisa elaborada para as áreas focadas.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS.....	10
2.1 OBJETIVOGERAL	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA.....	11
3.1 PROCESSO DE CADASTRAMENTO NO HNSC	12
3.2 Visita de Integração entre Hospitais de grande porte	14
3.4 REFERENCIAL	16
3.5 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT) - DIRETRIZES	20
3.6 LEGISLAÇÃO	22
4 METODOLOGIA	25
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	25
4.2 LOCAL DO ESTUDO	26
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	26
4.4 COLETA DE DADOS	26
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	27
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
4.7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	28
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
6 CRONOGRAMA	30
7 ORÇAMENTO	31
APÊNDICE A	34
INSTRUMENTO DE ENTREVISTA.....	34
APÊNDICE B	36

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	36
--	-----------

1INTRODUÇÃO

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é um complexo hospitalar, composto pelos Hospitais Nossa Senhora da Conceição S.A (HNSC), Cristo Redentor S.A (HCR) e Hospital Fêmina S.A (HF), ligados ao Ministério da Saúde, com atendimento 100% para o Sistema Único de Saúde (SUS), os quais se encontram localizados na área Metropolitana do Município de Porto Alegre – RS.

O Hospital Nossa Senhora da Conceição SA, tem uma única razão social, com atendimento geral para adultos, no entanto possui um prédio anexo para atendimento geral em pediatria na faixa etária entre 0-12 anos. Mantém sua estrutura administrativa distinta, mas interligada pelo Setor de Faturamento, Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) e demais Gerências.

O Sistema informatizado do GHC contém os nomes dos pacientes atendidos no GHC, seja ambulatório (consultas) ou internações. Atualmente, este sistema é chamado de “GHC - Sistemas” / “Paciente do Cadastro”, e está disponibilizado, para consultas, para uso de funcionários autorizados através de senhas individuais. A função desta autorização é buscar por ordem alfabética, através do nome completo, data de nascimento e filiação da mãe do paciente e demonstrar o número de registro quando o mesmo já está cadastrado no Sistema/GHC. Na falta de reconhecimento e identificação do nome informado para consulta no sistema, o próprio cadastro emite um novo número de registro a esse paciente.

É comum nas pesquisas médicas e reinternações, os profissionais identificarem que o paciente com número novo, na verdade, já possui um número de internação anterior. Os funcionários e/ou estagiários, responsáveis pelo cadastro, não possuem uma rotina escrita que padronize com exatidão os procedimentos adotados por parte dos serviços administrativos para esse fim.

Para exemplificar, foi realizada uma pesquisa através de consulta ao Sistema Informatizado no Cadastro alfabético de apenas duas letras, “a” e “e”, descrita a seguir.

A primeira amostra da letra “A” com o nome Antonio, totalizou em 270 pacientes gerando, portanto 39 páginas do Sistema. Das páginas citadas, 46 pessoas atendidas no HNSC correspondem a 17% no contexto da amostra, que possuem mais de um número de registro e prontuários abertos, no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Uma amostra menor da letra “E” de Eloísa, também se encontra múltiplos registros de mesmo paciente, de 114 pacientes em três páginas do Sistema, foram encontrados 19 pacientes com mais de um registro cadastrado, e correspondem a um percentual de 16 % do contexto total da amostra. Significa que somente nestas duas pequenas amostragens, consultadas no sistema cadastral do HNSC, foram identificadas quantitativamente 65 pacientes que possuem, no mínimo, dois prontuários abertos e arquivados na área física do SAME/HNSC e certamente com numeração diferente da primeira internação.

No período de atuação da autora no SAME (1986-1989), foram revisados e corrigidos diversos casos de pacientes que foram identificados com mais de um número de registro e prontuário. De posse dos prontuários múltiplos, uma análise e confronto de toda a documentação de cada número de registro múltiplo procediam-se cuidadosamente, com a correção/anulação do número do registro posterior à primeira internação. Finalmente, em última etapa, o prontuário em papel estava pronto para ser arquivado no SAME por definitivo.

Este procedimento facilitou a pesquisa médica quando da solicitação para estudos clínicos de médicos e residentes de pacientes antigos ou novos.

Atualmente, os setores de cadastros não têm adotado os procedimentos citados, ficando a critério de cada gerência o procedimento cabível, porém não são feitas no SAME à junção ou anulação dos números múltiplos excessivos dos prontuários.

Mediante esta experiência e tendo em vista o quantitativo de registros múltiplos por pacientes no sistema, acredita-se que se obtenha através dessa pesquisa uma identificação dos motivos que levam à emissão desses registros múltiplos nesta instituição.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os procedimentos e critérios adotados que levam os profissionais à prática de emitir um novo número de registro para pacientes já constante no cadastro do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar os problemas que os profissionais encontram no momento de registrar um paciente no sistema;
2. Levantar as dúvidas dos profissionais ao fazer os registros dos pacientes;
3. Solicitar sugestões dos profissionais que realizam os registros dos pacientes para diminuir os registros múltiplos;
4. Revisar os controles internos utilizados e adaptá-los, se for o caso, às atuais necessidades dos usuários.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Sobre o cadastro de prontuários novos ou de reinternação, pode-se constatar que os mesmos não possuem atualmente um local centralizado para o cadastramento desses usuários. A princípio, a numeração do prontuário é destinada ao paciente internado pela primeira vez através de número sequencial proveniente do Terminal constante no Sistema Informatizado do GHC, desde que o mesmo constate não haver outro nome com a mesma descrição nominal. Diversos são os setores que possuem cadastro com senha, autorizada pela Gerência imediata para realizar este procedimento, como por exemplo:

- Serviço de Emergência HNSC e HCC;
- Setor de Marcação de Consultas - Ambulatório HNSC e HCC;
- Gerência de Saúde Comunitária onze unidades inclusive ao Centro de Apoio da Secretaria dos Serviços de Saúde Comunitária para adulto e pediatria;
- Central de Leitos, em caso de o paciente até o momento da internação não ter sido cadastrado em nenhum dos setores acima, momento que o mesmo fica definitivamente incluído no rol das unidades hospitalares HNSC e HCC/GHC.

É importante que as informações inseridas nos formulários que fazem parte da documentação que comporá o prontuário médico estejam com a identificação clara e seu preenchimento total em todos os campos, dando uma completa referência da identificação do paciente com método específico para aquele programa informatizado.

De acordo com as idéias de Munck et al. (2005 p. 15-25)

“A organização dos registros deve iniciar-se no nível local e alcançar os mais centrais, abrangendo, assim, as diversas escalas de atuação com a produção de informações fidedignas e úteis para o sistema de saúde”.

Desta maneira, a Instituição Organizacional deve atingir todos os níveis de atuação cadastral, uma vez que cabe a ela a responsabilidade pela qualidade das informações obtidas e lançadas no conjunto de fichas de identificação dos usuários que alimentam o referido cadastro, desde o agendamento que gera o primeiro

documento, durante todas as etapas documentais do tratamento até a emissão do último documento de alta ou saída emitidas pelo hospital.

3.1 PROCESSO DE CADASTRAMENTO NO HNSC

A alimentação dos dados em planilhas, formulários, fichas de alta/óbito, prescrições e todo o documento em papel que são originados por preenchimento feito pelos profissionais da saúde envolvidos nessa informação, devem estar em constante interligação. Os usuários da saúde que geram as mesmas informações de identificação do paciente, repetindo o nome do mesmo embora sem a apresentação do documento de identidade específico para tal, devem ter o cuidado ao lançamento nominal e completo do paciente nas fichas. Por exemplo, nome (fictício) “**ATHAIDES** VELOZO” que passou por vários Serviços de um hospital como: Laboratório, Radiologia e Banco de Sangue no mesmo dia. Ao cruzar os nomes em todas as três fichas ou formulários de cada serviço todas as fichas deverão ter o nome de igual grafia e não apresentar uma com a grafia “**ATAIDES**”, outra com “**ATAIDES** “. Esta prática desorganizada propicia a tendência e indução para gerar mais de um registro ao paciente neste caso específico”.

Uma ficha deve ser adequadamente preenchida sempre com as mesmas letras do nome do paciente e ordenados para fácil acesso. Em caso de transporte do nome do paciente para outros formulários nominais que compõem o prontuário eletrônico/papel mesmo que necessite imprimir, o nome digitado deve ser transcrito sempre com a mesma grafia.

Esta prática de atenção, cuidado e padronização proporcionará melhor qualidade ao atendimento direto ao cliente cadastrado que se encontra nas dependências da assistência médica nos serviços de saúde do HNSC e assegurará aos profissionais vinculados ao atendimento dos usuários uma certeza de que o paciente tratado é realmente aquele que está descrito no cadastro geral do hospital.

Nem todos os setores envolvidos e autorizados para destinar o número do registro aos pacientes que ingressam nas unidades do GHC, solicitam no ato do cadastro um documento de identificação. A falta da apresentação de qualquer um dos documentos oficiais (RG, cartão SUS, Registro Nascimento/Casamento etc.), implica a inconfiabilidade dos dados básicos lançados como: nome completo do

paciente data de nascimento, nome completo da mãe destinado às informações essenciais que norteiam a identificação do usuário.

Este procedimento gera o cadastramento e a multiplicidade de números de registro emitidos para um mesmo paciente.

Denota-se também a falta de um padrão exato por parte dos Serviços Administrativos para esse fim, como se o paciente re-internado estivesse ingressando pela primeira vez nas instalações hospitalares do HNSC.

São diversas as causas que podem originar a duplicidade de número de registro para um mesmo paciente, como por exemplo:

- falta de documentação no ato do atendimento;
- paciente que interna na UTI, sem familiar;
- paciente ou familiar informa diversos nomes e/ou grafias diferentes a cada nova internação ou consulta;
- paciente ou familiar informa nome certo, mas data de nascimento com dia, mês ou ano diferente da primeira informação;
- paciente ou familiar informa nome da mãe com nome ou sobrenome com grafia diferente das informações anteriores;
- troca de sobrenome, causado por casamento, divórcio ou separação ou ainda por determinação judicial;
- registro de paciente criança recém nascida (RN de fulano de tal.)
- paciente desconhecido ou oculto, que retorna com nome numa próxima internação.

Não há evidências de investigação ou levantamento preciso sobre o quantitativo real existente de pacientes com mais de uma numeração de registro dentro de um contexto alfabético de grande volume como é o caso do cadastro do HNSC. Em virtude dessa abrangência e do porte quantitativo que representa o referido Hospital, fica inviável a apuração da totalidade numérica dos registros múltiplos abertos para cada paciente no rol dos terminais do GHC por hospital, mesmo porque não seria o objetivo desse projeto de pesquisa neste exato momento.

3. 2 VISITA DE INTEGRAÇÃO ENTRE HOSPITAIS DE GRANDE PORTE

Em 08/12/2009, a título de troca de informações e integração com o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), do Hospital de Clínicas de Porto Alegre-RS (HCPA), foi observada a mesma preocupação com os inúmeros *registros duplos* que se somam no arquivo médico daquela área hospitalar.

A necessidade de adoção e tomada de decisão para solucionar o problema não ocorreu em curto prazo como se pretendia.

Vários fatores impediram que a solução se tornasse de imediato, como por exemplo: volume do quantitativo de prontuários com registro duplo; volume de prontuários inativos, e prontuários com pacientes óbitos.

Identificadas as situações problemáticas existentes, foram selecionados e classificados os prontuários por prioridades., pela Coordenadoria do SAME que contou com a colaboração da já instalada Comissão de Revisão de Prontuários (CRP), por determinação da Resolução nº 1638 de 10/07/2002, art. 3º da do Conselho Federal de Medicina (CFM).

As coordenadorias do SAME e da CRO integradas ao Setor da informática procederam à correção dos registros, iniciando pelos pacientes com registros duplos que se encontravam internados (após a saída dos mesmos), em seguida com os prontuários de pacientes (óbitos) e por último os pacientes com prontuários inativos.

É relevante também salientar que foi aproveitado o auxílio do subsídio técnico científico da atuação dos Serviços da Informática, que adotou as mais diferentes tecnologias da informação necessárias à solução do problema, no rol dos sistemas informatizados já implantados no HCPA.

O HCPA adquiriu um programa de suporte técnico específico que atendesse às necessidades e dificuldades do SAME do HCPA, com sua realidade específica, para todos os pacientes em geral sem especificação de especialidade e/ou sintomatologia.

No caso, adotou um programa gerencial de informática que busca através do nome do paciente cadastrado ou a cadastrar (novo), através da rastreabilidade pela fonética (som da palavra) e não mais pelo nome gramatical, relacionando assim, por exemplo, todas as Terezinha “escritas ou registradas” com a letra “z” ou letra “s”, que já estão cadastradas naquela unidade hospitalar.

A partir dessa técnica de busca, o sistema faz uma crítica das informações, isto é, visualizando na tela do micro através da relação de todas as “*Terezinha ou Terezinha*” existentes e captadas no Sistema de Cadastro, pelo funcionário pesquisador. Este pelo seu treinamento e prática identifica o número de registro já existente e finaliza o cadastramento propriamente dito. Retira da listagem visualizada somente aquele paciente inicialmente selecionado.

Quando o sistema mostra mais de um número para o mesmo paciente, imediatamente aparece uma notificação de ALERTA na tela do vídeo e os números existentes imediatamente são informados ao SAME, para que o mesmo realize os procedimentos cabíveis.

O SAME do HCPA procede, pela informação recebida de “ALERTA”, o cancelamento dos registros duplos daquele paciente, deixando sempre o primeiro número no cadastro que originou a entrada do paciente na unidade hospitalar.

Cabe ressaltar que o SAME adota o sistema de arquivamento numérico tendo como base os dois últimos dígitos do registro.

Diariamente o setor de cadastro, com a ajuda da informática, encaminha listagens do cadastro com registros duplos por ordem alfabética à Comissão de Revisão de Prontuários. Esta as encaminha para a Chefia do SAME para proceder à retirada desses prontuários duplos, pelos arquivistas. Em seguida, cada formulário que compõe o prontuário é cuidadosamente analisado, corrigido, anulado e unificado. Os documentos papéis são levando para um único prontuário médico do usuário. Este processo é corrigido conjuntamente com o sistema informatizado.

Casos duvidosos são solucionados junto a CRP e o prontuário, após a correção, vai para o arquivo ativo conforme data da última internação seguindo o critério de prazo de guarda dos prontuários ou para arquivo inativo para os casos de óbito.

Atualmente a análise por listagem alfabética está sendo realizada na letra “M” e paralelamente é feito para os casos de internação ou consulta em andamento.

Este procedimento, segundo a Coordenadora do SAME do HCPA, que vem sendo adotado, tem facilitado e colaborado com a segurança e a qualidade dos diagnósticos e tratamento médico dos usuários, clientes do Hospital, tornando o cadastro cada vez mais enxuto de numeração dupla direcionado cada vez mais para eficiência e eficácia da qualidade do Serviço Cadastral dos Serviços Médicos Hospitalares daquele Complexo Hospitalar.

3.4 REFERENCIAL

Segundo Dias (2009), as atividades de um sistema de informação em saúde atualmente estão voltadas para um ponto central: o prontuário médico.

Desde 1873, todos os prontuários passaram a ser guardado. Essa responsabilidade é do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME). A primeira unidade implantada no Brasil foi no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1943.

Com o passar dos anos, com o determinante fator “falta de espaço” nas áreas físicas dos hospitais, proveniente do acúmulo de papéis arquivados, e com o avanço da tecnologia, surge um novo nome para prontuário: o “Prontuário Eletrônico do Paciente” (PEP), uma oposição ao prontuário em papel, por ser um sistema eletrônico de armazenamento. Isto é o início da nova sistemática de economia na despesa com papel, pois as informações ficam disponíveis eletronicamente para quando necessário à impressão de apenas um ou mais documentos que compõem o PEP. O pesquisador autorizado apenas imprimirá o(s) formulário(s) que lhe convém referente ao paciente consultado em tela, por ele selecionado.

Em 2002, através das Resoluções 1.638 e 1.639 do Conselho Federal de Medicina (CFM), foi reconhecido o PEP como forma legal de arquivamento das informações do paciente (Brasil / MS, 2006). Ver se é assim que se cita o / MS?

Conforme mencionam Nunes, Cotta Junior e Lima (2006), as experiências da implantação no que se refere ao Prontuário Eletrônico do Paciente pelo Hospital Márcio Cunha, Ipatinga, MG – Brasil, envolveram diversas fases de evolução. Iniciou em 2000 com a adoção de estratégias e etapas progressivas, tendo em vista resultados para uma visão futura, através de projetos com ações conjuntas, buscando soluções embasadas no processo de certificação, tendo adotado um novo software na área de saúde.

Nesta perspectiva, quando uma instituição cresce e se moderniza, o benefício são compartilhados por todos. Daí o motivo de o projeto ter sido lançado como desafio pela alta administração, que enfatizou o compromisso da instituição com o Sistema de Informação em Saúde. O comprometimento e entusiasmo de toda a equipe fizeram com que o HMC se consolidasse como um hospital ágil e moderno que emprega tecnologia de ponta em todas as suas áreas de atuação. Dessa forma,

para que o processo de mudanças ocorresse em clima de motivação, foram realizadas atividades de marketing interno para incentivo e divulgação do projeto através de crachás, folder, banners, palestras e jornais.

Observa-se também a dificuldade que a organização administrativa do HMC enfrentou ao identificar razões pelas quais os serviços deveriam tomar o rumo das modificações com a presença das novas tecnologias.

Como ocorre em toda implantação de sistema informatizado na área de saúde, a cada funcionalidade implantada houve um aumento significativo no volume de papel nos prontuários. Para redução dos custos, foram realizadas várias ações no processo e no software, com intuito de diminuir o volume de impressões, como por exemplo, rotina de Check List, para redução do tempo de liberação da alta administrativa que permitirá um prontuário em papel ainda mais reduzido, obtendo maior agilidade no acesso às informações. Conforme citam Nunes, Cotta Junior e Lima (2006), as vantagens da implantação são:

a) Benefícios da nova tecnologia no HMC para um prontuário exclusivamente eletrônico, mas para isso é necessário que ações conjuntas sejam realizadas entre os hospitais, fornecedores de soluções e outras entidades envolvidas no processo de certificação de software, para culminar num PEP que atenda aos requisitos de segurança, conteúdo e funcionalidades de um Sistema de Registro Eletrônico em Saúde – SRES;

b) 100% do corpo clínico utiliza o sistema para inclusão das informações no prontuário eletrônico;

c) A enfermagem além de receber as informações da prescrição médica e da dispensação da farmácia, também realiza suas atividades no sistema;

d) Segurança, além do controle de acesso via login;

e) O sistema permite autonomia no processo de criação de protocolos médicos;

f) Uma base de dados consistente;

g) Informações, que são utilizadas para tomada de decisão da alta administração;

h) Ganhos importantes para instituição com a redução da impressão de filmes radiológicos e reagentes químicos, melhora na qualidade do exame diagnóstico;

i) Quebra de paradigmas, mudanças operacionais, alterações de procedimentos administrativos, normas internas e cultura organizacional.

Conforme BAUMGARTEN (apud LASSANCE ; PEDREIRA, 2008. p. 7.):

Tecnologias sociais são aquelas técnicas, materiais e procedimentos metodológicos testados, validados e com impacto social comprovado, criados a partir de necessidades sociais, com o fim de solucionar um problema social. Uma tecnologia social sempre deve considerar as realidades sociais locais e está, de forma geral, associada a formas de organização coletiva, representando soluções para a inclusão social e melhoria da qualidade de vida.

O paciente como parte da sociedade, quando debilitado, busca a satisfação de suas necessidades, que lhe é disponibilizada, através das instituições, por meio dos postos de saúde, consultório médico ou hospitais. Inicialmente, é fornecida a atenção básica ambulatorial de investigação diagnóstica. Por último se necessário, indicação médica da internação hospitalar que possibilite a melhoria de sua qualidade de vida.

O uso da tecnologia da informação na área hospitalar é necessário aos hospitais que discutem todos os dias o registro dos pacientes na área da informática e médica, como combinações entre computadores, redes de telecomunicações, informações médicas e dados eletrônicos de pacientes, com o intuito de melhorar a qualidade do cuidado da saúde e a produtividade dos profissionais envolvidos desde a internação até a saída dos usuários das unidades hospitalares.

Rodrigues Filho, Xavier e Adriano (2001) afirmam:

Na atualidade as palavras-chave mais usuais em ambiente hospitalar são: registro de pacientes, prontuário eletrônico, registro-admissão e transferência desenvolvimento de sistemas de informação. Contudo, não há dúvidas de que as tecnologias de informação estão nos conduzindo a uma nova era, à medida que se aproxima o final do século XX. Um sistema de arquivo médico é um conjunto de componentes que forma os mecanismos para que os prontuários sejam criados, usados, armazenados e acessados, fazendo parte de um sistema de informação hospitalar (SIH) e tendo como foco central os dados clínicos. A padronização da informação exige grande esforço dos profissionais da saúde, gerando para o controle grande quantidade de informações clínica e de pesquisa, podendo economizar um tempo valioso. Essa aplicação computacional poderá ser implementada em quaisquer hospitais, postos de saúde ou ambulatorios.

Outro exemplo de implantação do PEP é no Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal de Paraíba – PB - Brasil, que vem desenvolvendo e cumprindo padrões internacionais tratando da padronização da informação em saúde há mais de vinte anos. Vem também utilizando um sistema de informação hospitalar integrado, como qualquer outro da área distinta, integração esta que inclui os serviços médicos-técnicos, área financeira e contábil,

higienização ou marcação de consulta entre outros. O sistema, consiste na implantação de dois componentes: Hardware e software, com diversos módulos ou subsistemas, dentro de grupos funcionais como: administração, gerenciamento de pacientes, aplicações médicas e sistema médico-técnico, capaz de atender inicialmente às necessidades administrativas, financeiras, sistemas médicos-técnicos aos quais compõem também um sistema de informação hospitalar, conforme mencionam Nunes, Cotta Junior e Lima (2006).

Segundo Rodrigues Filho, Xavier e Adriano (2000),

Apesar do grande avanço da tecnologia, os sistemas de informações hospitalares demonstrados no ano de 1990, por exemplo, se pareciam com aqueles demonstrados no ano de 1975, ou seja, poucas mudanças foram implementadas num período de quinze anos. Em 1988, a Associação Internacional de Informática Médica (International Medical Information Association – IMIA) fez a recomendação de que o tratamento do paciente se tornasse o foco principal dos sistemas de informações hospitalares.

Portanto, o avanço do conhecimento parece ser promissor para a melhoria da qualidade do tratamento de saúde dos usuários. Por isso, a importância do envolvimento e comprometimento dos profissionais vinculados aos serviços de saúde, para os quais as pessoas são mais importantes do que a tecnologia. Contudo, a complexidade da medicina moderna exige automação dos registros médicos como tecnologia essencial aos cuidados médicos dos dias de hoje e do futuro.

A importância da tecnologia da informação na área da saúde precisa ser mais pesquisada e discutida nos hospitais de nosso país, de modo que critérios de padronização e outros elementos sejam bem definidos principalmente pelos profissionais de saúde.

3.5 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT) - DIRETRIZES

O objetivo das diretrizes estabelecidas pela ABNT- de número 17799 2005 com os princípios para iniciar, executar, manter e melhorar a gerência da segurança da informação em uma organização, esboçados como objetivos e que fornecem a orientação geralmente aceitos pela gerência de segurança da informação, contém as melhores práticas de objetivos e de controles nas seguintes áreas da gerência da segurança da informação conforme: ABNT (2005) que estabeleceram diretrizes através do controle N° 17.799/05, com o objetivo de ampliar a segurança da informação. Essas diretrizes contêm princípios de orientação a ser seguido, como iniciar, executar, manter e melhorar a gerência da segurança da informação em uma organização.

A orientação geralmente aceita pela gerência de segurança da informação, contém práticas de objetivos e de controles nas seguintes áreas:

- política de segurança;
- organização da segurança da informação;
- gestão de ativos;
- segurança de recursos humanos; segurança física e ambiental;
- gerência de comunicações e operações;
- controle de acessos;
- aquisição desenvolvimento e manutenção de sistema de informação;
- gerência do incidente da segurança da informação;
- gerência da continuidade do negócio;
- conformidade.

Os objetivos e os controles pretendidos é que sejam executados, para cumprir as exigências identificadas por uma avaliação de risco. É uma diretriz prática para desenvolver padrões de organização da segurança em busca de uma gestão eficaz da segurança, e para ajudar a construir a confiança em atividades interorganizacional.

A ABNT, tendo em vista a preocupação com o conhecimento das informações constantes nos formulários que fazem parte do cadastro no momento do

preenchimento e a veracidade das informações neles contidas, propiciou mais essa diretriz. O objetivo é controlar arduamente não somente os lançamentos de informações como também o gerenciamento seguro das mesmas com relação ao preenchimento dos campos de formulários existentes na organização referente a informações de seus usuários.

Partindo de um pressuposto que o Hospital Nossa Senhora da Conceição, está em fase de implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente, primeiramente no Setor de Oncologia/Hematologia, necessita de atuação por hora em diante da cooperação dos profissionais envolvidos e dispostos ao experimento contínuo da metodologia computadorizada dentro dos padrões previstos na instituição voltados pelos controles internos adequados a atender o usuário/SUS e os interesses técnico-médico administrativos, dentro das normas, diretrizes, legislação geralmente aceita pela fiscalização pertinente em nosso país.

3.6 LEGISLAÇÃO

O Ministério da Saúde pelo qual os hospitais do GHC são regidos expediu um Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), através da Portaria nº 396 de 12 de abril de 2000, emitido pelo GABINETE DO MINISTRO Jarbas Negri, o qual entrou em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial de 14/04/00. No item 8 - PRONTUÁRIO MÉDICO, a referida Portaria obriga o preenchimento do prontuário médico nos hospitais na sua íntegra:

O preenchimento do prontuário médico é obrigatório. Todos os documentos constantes do Prontuário Médico deverão estar adequados e corretamente preenchidos, em letra legível, devidamente assinados e carimbados.

Esta norma vale para todos os documentos abaixo relacionados, cujo conjunto é a composição mínima exigida para um correto Prontuário Médico:

- **Ficha de identificação** e anamnese do paciente;
- Registro Gráfico de Sinais Vitais;
- Ficha de Evolução/Prescrição Médica;
- Ficha de Evolução de Enfermagem;
- Ficha de registro de resultados de exames laboratoriais e outros métodos diagnósticos auxiliares;
- Ficha para registro de resumo de alta;
- Ficha para descrição do ato cirúrgico (em procedimentos cirúrgicos);
- Ficha para descrição do ato anestésico (em procedimentos anestésicos);
- Partograma e Ficha do Recém-nato (em obstetrícia);
- Folha de débito do Centro Cirúrgico (gasto de sala). (BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), p. 96).

Na mesma Resolução 1638/2002 do CFM, se tem a considerar outra responsabilidade pela guarda dos documentos do paciente em se tratando do aspecto legal do mesmo. Consta no seu artigo 1º como o documento único de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

No artigo 2º - Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

- I – Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;

II – À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;

III – À hierarquia médica constituída pelas chefias da equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da divisão Médica e / ou diretor técnico.

Portanto, para isso, se faz necessário um ótimo preenchimento dos formulários de identificação para que, em quaisquer circunstâncias em que o prontuário possa ser solicitado, não haja sombra de dúvidas do paciente com relação ao seu número de registro correto.

De nada adiantaria um prontuário completamente preenchido se os dados ali constantes, referentes, àquele paciente estivessem escritos com a grafia errada.

Outro aspecto relevante são os registros múltiplos que, por já estarem inseridos fisicamente no arquivamento do SAME e em multiplicidade, ainda não há, por parte dos responsáveis, a perspectiva de unificação dos números excedentes, gerados na entrada do paciente, quando do seu cadastramento.

A Resolução 1638/2002, descreve que todos os documentos do Prontuário Médico deverão estar corretamente preenchidos (letra legível, assinada e carimbados);

- Prescrição e Evolução médica diária (exceto para psiquiatria), assinadas e carimbadas;
- Relatório diário de enfermagem, assinado;
- Registro diário dos Sinais Vitais;
- Descrição do ato cirúrgico e do ato anestésico (nos procedimentos cirúrgicos).

Deverá ser anexada ao prontuário a comprovação do resultado dos exames complementares, entre outros.

Outra legislação em vigor no momento é a Resolução Nº 1.821/07 publicada no DOU em 28/11/2007, emitida pelo CFM . No seu artigo 8º, estabelece o prazo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para preservação dos prontuários dos pacientes em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

Destaca Krauss - Silva (2004, p. 199.):

Deve-se notar que o sucesso das tomadas de decisão sobre difusão e incorporação de tecnologias (inclusive diretrizes clínicas) baseadas em evidência científica, racionais do ponto de vista da população, além de propiciar mais saúde e mais eficiência/qualidade ao sistema de saúde, possibilita no médio prazo, derivar padrões adequados para a programação de recursos locais e regionais. Outrossim, é de grande valor para o sucesso da tomada de decisão em saúde baseada em evidências científicas a comunicação adequada das informações relevantes à população em geral e a segmentos específicos, como portadores de condições, profissionais de saúde, e mídia. E isso não só quanto ao benefício esperado de cada tecnologia, mas também quanto à política seguida pelo governo no sentido de proteger a saúde da população da maneira mais eficiente possível.

Finalmente, acrescenta-se, conforme rege a legislação cita-se, torna-se cada vez mais evidente que as informações colhidas, no ato do diálogo entre entrevistador e paciente ou seu familiar, devem ter clareza e confiabilidade ao serem transcritas nas fichas de identificação em todos os documentos que farão parte do prontuário.

Cada indivíduo deveria ter um treinamento adequado para essa tarefa, e uma conscientização induzida pela instituição organizacional com a definição de **o que é informação**, adotando o que menciona a versão preliminar em Orientações Básicas para Utilização de Sistemas Informatizados em Auditoria no SUS (2006), disponível no portal do Sistema Nacional de Auditoria em que:

Define-se **informação** como significado que o homem atribui a um determinado **dado**, por meio de convenções e representações. Da mesma forma, **a informação em saúde** deve ser entendida como um instrumento de apoio decisório para o conhecimento da realidade sócio-econômico, demográfica e epidemiológica, para o planejamento, gestão, organização e avaliação nos vários níveis que constituem o Sistema Único de Saúde. (Brasil, Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Sistemas Informatizados em Auditoria do SUS – 1ª Edição – Brasília : Ministério da saúde. 2006.p.6)

4 METODOLOGIA

De acordo com Minayo et al. (1997, p.16), “[...] a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador.” É esta perspectiva que orienta a descrição do caminho metodológico percorrido para a realização deste estudo, que será desenvolvida a seguir.

O papel da metodologia consiste também no controle detalhado de cada técnica auxiliar utilizada na pesquisa, conforme Thiollent (1996, p.26.)

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo caracteriza-se por ser de caráter exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. A opção pela pesquisa qualitativa deve-se ao fato desta se preocupar com um nível de realidade que não pode ser quantificado, incluindo o universo de significados, motivos, valores e crenças que o entrevistado possui (MINAYO et al , 1997 p. 16).

Segundo Lüdke e André (1986), a pesquisa qualitativa envolve a obtenção de dados descritivos, obtidos no contato direto do pesquisador com a situação estudada, enfatiza mais o processo que o produto e preocupa-se em retratar a perspectiva dos participantes. Além disso, um dos focos do pesquisador consiste em captar os significados que as pessoas atribuem a determinado evento.

Os estudos exploratórios têm como principal objetivo explorar as dimensões de um determinado problema, a forma como ele se manifesta e se relaciona com outros fatores, aumentando a experiência do pesquisador sobre este, enquanto o estudo descritivo possibilita ao pesquisador observar, descrever e classificar aspectos desse problema (POLIT; HUNGLER, 1995).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo será realizado no Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Criança Conceição e nas Unidades Medicina de Família (UMF), todos pertencentes ao GHC.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Participarão do estudo os profissionais envolvidos nas áreas que fazem os registros de pacientes a seguir

- Serviço de Emergência HNSC e HCC
- Setor de Marcação de Consultas - Ambulatório HNSC e HCC
- Gerência de Saúde Comunitária onze unidades
- Central de Leitos, HNSC e HCC.

Destes profissionais, serão escolhidos por sorteio dois representantes de cada categoria profissional entre auxiliares e técnicos administrativos, chefias da recepção, enfermeiras, técnicos de enfermagem, médicos e prioritariamente pelo menos quatro pessoas do Arquivo Médico e Estatístico do SAME do HNSC, perfazendo não mais que trinta indivíduos.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semi-estruturada que, segundo Lüdke e André (1986) permite a interação entre entrevistado e entrevistador longe de relações hierárquicas.

O instrumento de entrevista foi elaborado pela pesquisadora (Apêndice A). O tempo estimado de cada entrevista é aproximadamente **trinta** minutos. O local será agendado pelo Setor Administrativo reservado antecipadamente pelo pesquisador, conforme data e hora acertado com o entrevistado conforme disponibilidade do mesmo.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados será realizada por meio da categorização descritiva proposta por Lüdke e André (1986). Como referem estas autoras, o primeiro passo para proceder à análise é construir um conjunto de categorias, sendo que a primeira classificação dos dados pode ser baseada no referencial teórico, mas para isso é necessárias a leitura exaustiva do material e uma impregnação de seu conteúdo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Após essas leituras sucessivas, as informações devem ser codificadas, ou seja, os dados obtidos devem ser classificados de acordo com as categorias teóricas. Como resultado, tem-se um conjunto de categorias que serão reexaminadas ao longo da análise.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo seguirá a normatização da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Neste estudo, os aspectos éticos são considerados relevantes, pois envolve seres humanos como sujeitos de investigação. Conforme Goldim (2001), os princípios éticos que devem ser assegurados e protegidos precisam estar devidamente apresentados na pesquisa, bem como em outras iniciativas, como a explicação completa e clara sobre os objetivos, os métodos de coleta de dados, a inserção de dados (potenciais riscos e incômodo), os benefícios previstos, a liberdade de sair do estudo a qualquer momento sem penalização ou prejuízo, a duração, e a garantia do sigilo que assegure a privacidade, quanto aos dados confidenciais do estudo.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do GHC, as entrevistas serão feitas pela pesquisadora com o consentimento dos entrevistados. Os mesmos lerão e assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (Apêndice B).

No início da aplicação da entrevista, os funcionários dos Setores serão informados de que a entrevista é um instrumento para um trabalho de conclusão do

Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde e que não serão identificados na divulgação dos resultados.

4.7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

O projeto de pesquisa será apresentado à banca examinadora para ser submetido à avaliação. Se for aprovado, a pesquisadora obterá o título de Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde.

O resultado da pesquisa servirá de subsídio para construção de um artigo científico que se pretende enviar para apreciação e possível publicação na Revista Momentos e Perspectivas em Saúde do GHC e será divulgado aos participantes da pesquisa, em forma de apresentação de pôster. Será enviada uma cópia do relatório ao centro de Documentação do HNSC e para o Comitê de Ética em Pesquisa do GHC.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho oportuniza a possibilidade de verificar temas problemáticos em áreas da saúde, neste caso especificamente no Sistema de Cadastro de Pacientes/clientes do Sistema Único de Saúde, que utilizam as unidades de internação dos Hospitais do Grupo Hospitalar Conceição, especialmente os Hospitais: Nossa Senhora da Conceição e Criança Conceição.

Esta pesquisa pretende desencadear em cada funcionário, através da entrevista, um maior comprometimento com sua área de atuação, com a instituição a qual está vinculado, com o usuário atendido nas unidades do GHC e consigo mesmo.

Como objetivo principal, esperam-se identificar as causas da emissão de um número novo de registro às pacientes anteriormente cadastrados nos Sistemas Informatizados do GHC.

Espera-se que esta pesquisa possibilite aos responsáveis a adoção de procedimentos de controle nos registros cadastrais nos conforme da Legislação em vigor, recuperando assim um gerenciamento organizacional de confiabilidade e eficácia na qualidade das informações geradas pelos Sistemas de cadastro alfa/numérico do HNSC e HCC.

7 ORÇAMENTO

O orçamento será custeado pela pesquisadora do presente estudo.

MATERIAL UTILIZADO	VALOR EM R\$
Folhas A 4	42,00
Cópias Xérox	35,00
Cartucho para impressora	60,00
Livros de Pesquisa e Metodologia	100,00
Confecção de Pôster	60,00
Digitação	108,00
Encadernação	45,00
TOTAL	450,00

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 17799**: tecnologia da informação: código de prática para a gestão da segurança da informação. Rio de Janeiro, 2005.

BAUMGARTEN, Maíra. **Tecnologias sociais inovação e desenvolvimento**. Disponível em: <<http://www.necsaufjr.br/esocite2008/resumos/35793.htm>> Acesso em: 27 set. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Orientações para uso de Sistemas Informatizados em Auditoria do SUS - 1ª Edição** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (p. 6)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996. Estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>> Acesso em: 10 out. 2009.

DIAS, Juliana Lopes. A utilização do prontuário eletrônico do paciente pelos hospitais de Belo Horizonte. **Textos de la CiberSociedad**, Cataluña, n. 16. Disponível em: <<http://www.cibersociedad.net/textos/articulo.php?=194>> Acesso em: 8 jul. 2009.

GIL, Antonio C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDIM, José R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2001.

KRAUSS-SILVA, Letícia. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o

SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2. p.199-p.207, 2004.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org) et al. **Pesquisa social**: teoria, método, criatividade. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 16.

MUNCK, Sergio et al. Organização e funcionamento dos serviços de registros e informações em saúde. In: _____. **Textos de apoio em registros de saúde**, 1. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-25.

NUNES, Denise Cristine Carvalho; COTTA JUNIOR, José Afrânio; LIMA, Mauro Oscar Soares de. **O prontuário eletrônico do paciente no Hospital Márcio Cunha**: 6 anos de sucesso. Disponível em: <<http://sbis.org.br/cbis/arquivos/794.pdf>> Acesso em: 27 fev. 2010.

POLIT, Denize F.; HUNGLER; Bernardette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RODRIGUES FILHO, José; XAVIER, Jefferson Colombo B.; ADRIANO, Ana Livia. A tecnologia da informação na área hospitalar: um caso de implementação de um Sistema de registro de pacientes. **Revista Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 105-120, jan./abr. 2001.

THIOLLENT, Michel. Estratégia de conhecimento. In: _____. **Metodologia da pesquisa-ação**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 1996. p. 26.

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE ENTREVISTA

Setor de Atuação:

Data:

Idade:

Escolaridade:

Ocupação:

Tempo de Trabalho na Instituição?

Nº de setores que já trabalhou? Somente o atual?_____ Mais de dois setores?_____

1. O setor de atuação possui uma rotina ou Procedimento Operacional Padrão (POP) descritivo sobre cadastramento de pacientes?
2. Você acha que as rotinas para cadastrar pacientes no sistema informatizado são claras?
3. Quais as dificuldades que você encontra para cadastrar um paciente no ato da internação?
4. Quais os procedimentos adotados para gerar um registro novo para um novo paciente que está internado ou consultando no HNSC e HCC? Tirado a segunda pergunta
5. Quais os documentos exigidos para cadastrar um paciente que nunca internou no HNSC e HCC?
6. Você tem conhecimento de que no cadastro alfa/numérico existem pacientes com mais de um registro no sistema informatizado do HNSC S.A? tirado GHC

7. Quais os procedimentos adotados para inserir o paciente já cadastrado no Sistema de Cadastro quando o paciente vem re-internar?
8. Por que acha que acontecem estes registros múltiplos?
9. Há comunicação aos demais setores de que o paciente tem mais de um prontuário médico ou número de registro quando o mesmo está na unidade de internação/ bloco cirúrgico/ SR/ UTI/ Consultório e SAME?
10. Cite sugestões que poderiam contribuir para diminuição de emissão de registros novos para pacientes já cadastrados no sistema informatizado do HNSC/HCC?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho institucional do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, da Fundação Instituto Oswaldo Cruz / Grupo Hospitalar Conceição.

O estudo está intitulado REGISTRO MÚLTIPLO NO CADASTRO DE PACIENTES DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, e sua participação é importante para os avanços dos controles internos na área da saúde. O objetivo da pesquisa é conhecer melhor as dificuldades com as rotinas e tarefas de trabalho na área de Cadastro de Pacientes, quanto à emissão do registro numérico dos mesmos ao ingressar nas unidades hospitalares do HNSC e HCC.

O trabalho está sendo realizado por Maria Flora Garcia da Silva – CP 16281 - (Supervisora Administrativa), sob Supervisão e Orientação da Enfermeira Mestre Martiela Ribeiro Torres.

Para alcançar os objetivos do estudo, será realizada uma entrevista individual com duração aproximadamente de 30 minutos na qual você irá responder a dez perguntas preestabelecidas sobre seu envolvimento e participação na gestão desenvolvida no seu ambiente de trabalho. Você poderá desistir de participar a qualquer momento, sendo que esta atitude não irá prejudicar em seu ambiente de trabalho e nem em sua atuação profissional.

Todas as informações obtidas com a entrevista, bem como os resultados, serão utilizados somente para este trabalho no qual serão preservados os dados das pessoas que participarão do estudo.

Qualquer dúvida, você poderá entrar em contato com a pesquisadora: Maria Flora Garcia da Silva, pelo telefone: 3357-2804, e-mail: fmaria@ghc.com.br e endereço: Av. Francisco Trein, nº 326 – Ed. Tevah – 1º andar – Bairro Cristo Redentor Porto Alegre - Gerência de Auditoria Interna .

Declaro ter lido e me foi explicado, as informações sobre o estudo antes da assinatura deste termo. Foi-me dada ampla oportunidade de fazer perguntas, esclarecendo minhas dúvidas.

Também se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com o Doutor Vito Giancristoforo dos Santos, Coordenador Geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, pelo telefone 3357 – 2407.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Assinatura da (o) entrevistada (o)

Assinatura da Pesquisadora

Nome:

Maria Flora Garcia da Silva

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura da Testemunha:

Nome:

Data: ____/____/____