

# Prontuário do paciente como subsídio para a atuação profissional, à luz da clínica compartilhada

## Patient's record as a subsidy professional's practice in the shared clinical

Alexandra Bulgarelli do Nascimento\*

151

Artigo Original • Original Paper  
O Mundo da Saúde, São Paulo - 2016;40(2):151-159

### Resumo

A clínica compartilhada pressupõe uma postura profissional proativa e autônoma da equipe de saúde, a qual tem o paciente como centro do cuidado. Esta concepção pode contribuir para a melhoria nos serviços de saúde, por meio, por exemplo, da redução do tempo de internação hospitalar, o que pode influenciar positivamente sobre a assistência ao paciente e à gestão hospitalar. O objetivo deste estudo foi analisar as necessidades em saúde, representadas pelos cuidados durante a internação hospitalar, no momento da admissão e alta, mediante informações disponíveis no prontuário do paciente, com vistas que estas possam ser discutidas como subsídio para a prática profissional orientada pela clínica compartilhada. As necessidades foram relacionadas aos cuidados na admissão e alta hospitalar, mediante informações de prontuário. Foi realizado um estudo do tipo correlacional, transversal e quantitativo. Foram analisados 430 prontuários de dois hospitais públicos de São Paulo, SP, Brasil. Evidenciou-se que à medida em que aumentou o número de cuidados na admissão e alta, maiores foram o tempo de internação, o número de diagnósticos e idade do paciente. Apesar da diminuição no número de cuidados comparando-se o momento da admissão à alta, houve presença de um número elevado de cuidados no momento da alta em alguns prontuários. Estas evidências sugerem que o monitoramento do número de cuidados, em conjunto com outros indicadores pode contribuir, na perspectiva da clínica compartilhada, para a atuação das equipes interprofissionais de saúde e da gestão hospitalar.

**Palavras-chave:** Prontuário médico. Administração hospitalar. Equipe de assistência ao paciente. Atenção à saúde.

### Abstract

The shared clinic presupposes an active and autonomous professional behavior of the health team has the patient as the center of health care. This can contribute to the improvement in health services, for example, reducing the stay hospital, which can positively influence patient care and hospital management. This study aimed to analyze the health care needs, as support for shared clinical management, by hospitalization's care at the admission and discharge, through information available in medical records, that they can discussed as a resource for professional practice guided by shared clinic. The health care needs related to hospital admission and discharge care needs reported in the patient's medical records. The study was correlational, cross-sectional and quantitative. There were analyzed 430 medical records of two public hospitals in São Paulo. The study demonstrated that an increased number of care needs at patient admission and discharge related to increased length of stay, numbers of diagnoses and age. Furthermore, some medical records presented a high number of care needs at discharge, even though they reduced compared to admission. Within the perspective of shared clinical, we can conclude that the activity of monitoring the numbers of care needs, as well as other health care indicators, may contribute to the work of multidisciplinary health care teams and to the hospital management.

**Keywords:** Medical records. Hospital administration. Care team to the patient. Health care.

DOI: 10.15343/0104-7809.20164002151159

\*Centro Universitário Senac. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: abnascimento@usp.br  
A autora declara não haver conflitos de interesse.

## INTRODUÇÃO

A clínica compartilhada se refere a uma postura proativa dos profissionais da saúde, os quais se articulam em equipe de forma autônoma, em prol da excelência na assistência, tendo o paciente como protagonista e elemento central do cuidado em saúde. A adoção dos preceitos da clínica compartilhada pode contribuir para a melhoria nos serviços, tais como auxiliar na redução do tempo de internação hospitalar<sup>1,2</sup> e, conseqüentemente, para a gestão hospitalar.

Nessa perspectiva, reforça-se a importância da compreensão do cuidado a partir da identificação das necessidades em saúde<sup>3,4</sup>, com o objetivo de subsidiar a atuação profissional autônoma baseada na clínica compartilhada.

Paralelamente, a clínica compartilhada emerge como uma concepção que traz um incremento qualitativo relevante para a gestão das instituições hospitalares, uma vez que preconiza o acompanhamento clínico ampliado e singular do paciente ou do binômio paciente-família, ou ainda do trinômio paciente-família-cuidador, reforçando a perspectiva de ter o paciente como centro da atenção à saúde<sup>1,2</sup>.

Este acompanhamento ocorre por meio de uma equipe interprofissional de referência para a condução clínico-administrativa-social dos casos, bem como da comunicação com as unidades produtivas de cuidados, as quais são compostas pelas equipes de profissionais assistenciais<sup>1,2</sup>.

A proposta da clínica compartilhada melhora a qualidade do serviço prestado, uma vez que a postura proativa, autônoma e de responsabilização preconizada aos profissionais envolvidos no cuidado otimiza os processos gerenciais e assistenciais, reduzindo o tempo alocado às atividades assistenciais durante a internação hospitalar, por exemplo<sup>1,2</sup>.

Diante disto, faz-se necessária uma congruência de práticas colaborativas entre os membros da equipe de saúde com o objetivo de que estes identifiquem e monitorem os pacientes que demandam intervenções gerenciais ou assistenciais com vistas a contribuir para a efetividade do cuidado<sup>1,2</sup>.

Neste contexto, um estudo internacional analisou a taxa de mortalidade a partir do

monitoramento clínico realizado pela equipe de Enfermagem nos momentos da admissão e alta do paciente, sendo que os seus resultados demonstraram redução da taxa de mortalidade intra-hospitalar e pós-alta hospitalar associada somente ao monitoramento clínico, realizado de forma sistematizada<sup>5</sup>. Este estudo considerou que isso ocorreu devido à melhora no planejamento assistencial e alocação dos recursos em saúde<sup>5</sup>. Tais resultados, por sua vez, evidenciam a importância do envolvimento das equipes de saúde neste processo de trabalho gerencial, o qual pode ser potencializado pela lógica da clínica compartilhada.

Esta proposta poderia ocorrer, por exemplo, por meio do monitoramento do número de cuidados no momento da admissão e alta do paciente. Neste sentido, algumas ações poderiam ser implantadas visando a identificação das necessidades básicas de cuidados deste indivíduo, a fim de promover o autocuidado ou capacitar um cuidador para seguimento dos cuidados ao paciente em ambiente extra-hospitalar.

No entanto, para a operacionalização da clínica compartilhada faz-se necessária a utilização dos registros realizados no prontuário do paciente (PP), uma vez que estas informações, quando de qualidade, auxiliam de forma significativa no gerenciamento dos casos<sup>6</sup>.

O PP tem como objetivos o acompanhamento clínico do paciente, o respaldo quanto aos aspectos bioéticos e da prática profissional das equipes de saúde, a comunicação entre estas equipes assistenciais e o apoio aos sistemas de informação gerenciais, como, por exemplo, os sistemas de informação de faturamento de contas dos serviços prestados<sup>6</sup>. Porém, vários estudos apontam eventos de ausência ou parcialidade dos registros no PP<sup>7-11</sup>. Este fato reitera a importância da articulação entre os profissionais da saúde neste processo de trabalho, visando minimizar estes eventos, o que por sua vez contribui para a efetividade gerencial dos serviços hospitalares e para a melhoria da qualidade assistencial ao paciente.

Neste sentido, para que a lógica da clínica compartilhada esteja presente nos serviços de saúde, é essencial que estes se utilizem do PP como ferramenta para a gestão do cuidado,

visto a sua potencialidade para proporcionar a comunicação efetiva entre as equipes assistenciais envolvidas.

Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar as necessidades em saúde, representadas pelos cuidados durante a internação hospitalar, no momento da admissão e alta, mediante informações disponíveis no PP, com vistas que estas possam ser discutidas como subsídio para a prática profissional orientada pela clínica compartilhada.

## MÉTODO

O estudo foi do tipo correlacional, transversal e quantitativo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, registrada sob o nº 867/2009/CEP-EEUSP, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, registrada sob o nº 221/2010/CEP-SMS.

Os locais de estudo foram dois hospitais públicos secundários do município de São Paulo, denominados Hospital A e Hospital B, ambos gerenciados segundo a modalidade de Autarquia Municipal.

No momento da coleta dos dados (julho/2010), o Hospital A (localizado na região leste do município de São Paulo) possuía 184 leitos para internação. O Hospital B (localizado na região norte do mesmo município) possuía 107 leitos para internação.

A escolha destes locais para o estudo foi baseada nos seguintes critérios: uniformidade do modelo de gestão (Autarquia Municipal) e da esfera de atendimento (hospital secundário); similaridade quanto ao tipo de assistência de internação (hospitais com predominância de internação clínica); porte (hospital de médio ou grande porte); e possibilidade de acesso aos PP.

A pesquisa foi autorizada pelos Diretores Técnicos dos dois hospitais de estudo (Hospital A e B) e com o aceite deles, por meio de "Termo de Responsabilidade", o Serviço de Arquivo Médico (SAME) disponibilizou os PP para coleta dos dados.

Os critérios de inclusão dos PP para análise foram: PP egressos em abril/2010 (uma vez

que este período se apresentava disponível em ambos os hospitais no momento da coleta de dados, visto que o arquivamento destes ocorria de forma descentralizada); e de pacientes com internação clínica. Os critérios de exclusão foram: PP que permaneciam internados no momento da coleta de dados (julho/2010) devido à indisponibilidade dos prontuários; e de pacientes de internação cirúrgica.

Os PP cirúrgicos não compuseram o conjunto de análise desta pesquisa, uma vez que o tratamento cirúrgico possui características diferentes do tratamento clínico, bem como a terapêutica cirúrgica disponibilizada por ambos os hospitais se caracterizou pela baixa complexidade. Além disso, proporcionalmente ao total de leitos dos hospitais, verificou-se que os cirúrgicos tinham menor representatividade: correspondiam a 8,7% e 11,2% nos hospitais A e B, respectivamente.

Diante disso, compuseram a amostra 430 PP, dos quais 215 eram do Hospital A e 215 do Hospital B. Estes PP foram selecionados aleatoriamente e representaram, no mínimo, 51% do total de PP de egressos em abril/2010 em cada um dos hospitais de estudo.

O tamanho amostral de PP analisados foi determinado a partir dos parâmetros definidos com base em um estudo piloto, admitindo o nível de 95% de confiança e 5% de erro.

Os dados dos PP foram registrados no "Formulário de Necessidades de Cuidados". Este formulário foi desenvolvido especificamente para esta pesquisa com o objetivo de compilar as informações das variáveis associadas ao perfil demográfico do paciente e às necessidades de cuidados. A elaboração deste formulário ocorreu devido à ausência de instrumentos validados que atendessem ao objetivo deste estudo.

As variáveis coletadas referentes ao perfil demográfico do paciente foram: idade e sexo. As variáveis coletadas relacionadas às necessidades de cuidados foram: número de diagnósticos; motivo da alta (melhora clínica, transferência, evasão ou alta a pedido); número de cuidados no momento da admissão e alta; e tempo de internação hospitalar.

Foram considerados 39 tipos de cuidados na admissão e na alta, de acordo com a ocorrência destes durante a coleta de dados nos PP.

O tratamento estatístico foi realizado por meio de análise descritiva dos dados, regressão linear, regressão logística binária, análise de variância (ANOVA) e teste de correlação (Spearman).

As variáveis relacionadas às necessidades de cuidados: “número de cuidados na admissão” e “número de cuidados na alta”, foram tratadas como independentes.

A análise de regressão linear foi utilizada para as variáveis dependentes quantitativas (idade, tempo de internação hospitalar e número de diagnósticos) e a análise de regressão logística binária foi utilizada para a variável dependente categórica (sexo).

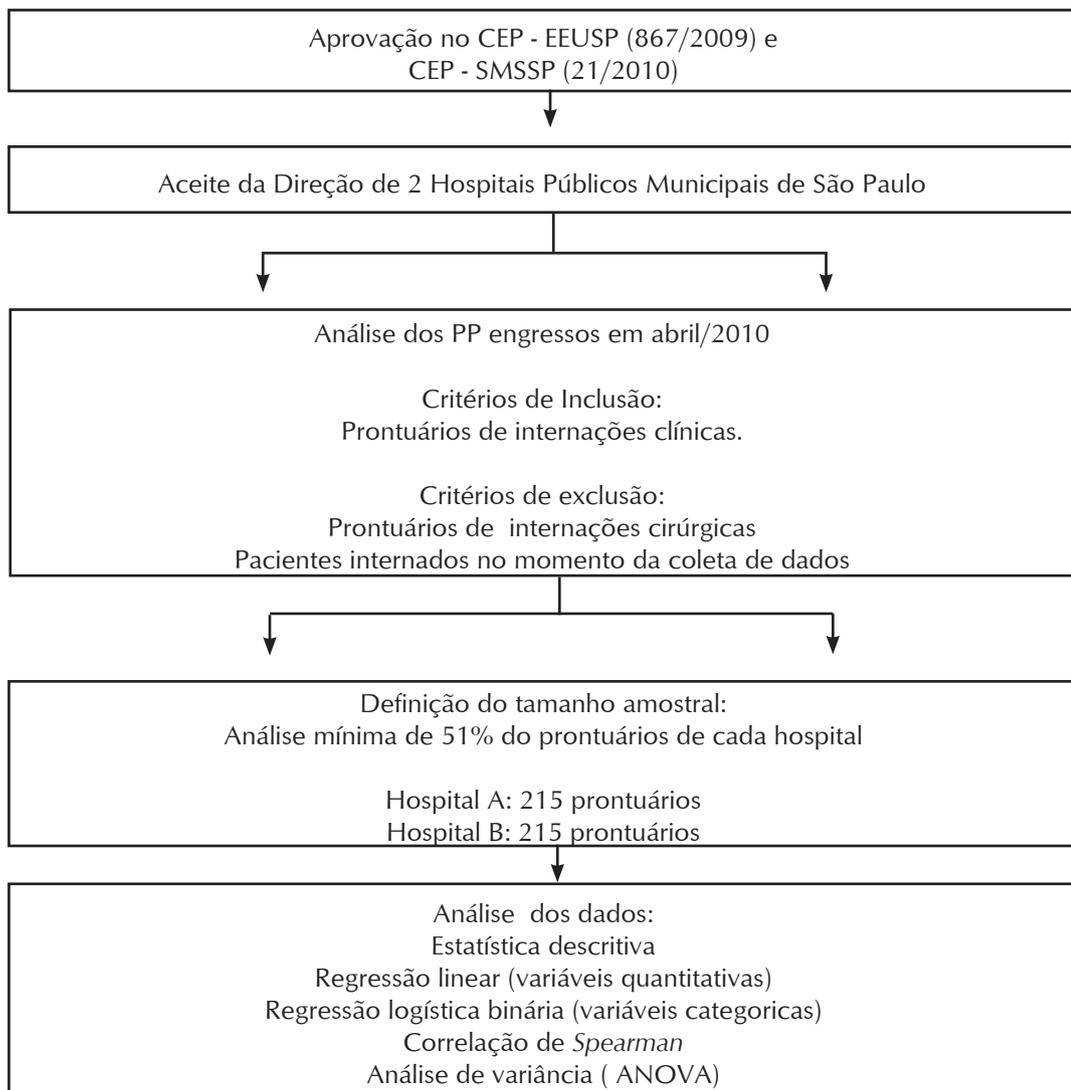
A análise de variância (ANOVA) foi utilizada para comparar os resultados obtidos nos hospitais A e B, quanto às variáveis independentes (número de cuidados na admissão e número de cuidados na alta).

O teste de correlação de Spearman foi utilizado para comparar as variáveis independentes (número de cuidados na admissão e na alta) de cada hospital, a fim de verificar a presença de correlação entre as mesmas.

As análises estatísticas foram realizadas com o apoio do software SPSS versão 20.0.0.

O quadro 1, ilustra o método adotado no trabalho.

**Quadro 1**-- ilustração o método adotado pelo estudo. São Paulo, 2016.



## RESULTADOS

O estudo considerou o "número de cuidados na admissão" e o "número de cuidados na alta" como variáveis independentes.

A tabela 1 apresenta a distribuição do número cuidados no momento da admissão e alta, segundo o hospital, bem como o cálculo da média e do desvio-padrão do número

de cuidados. O Hospital A apresentou uma quantidade média de 4,42 (+/- 1,81) cuidados na admissão e 3,16 (+/- 1,67) cuidados na alta. O Hospital B apresentou um número médio de 4,67 (+/- 1,62) cuidados na admissão e 3,72 (+/- 1,91) cuidados na alta.

**Tabela 1** – Distribuição da quantidade de cuidados na admissão e alta, e cálculo da média e do desvio-padrão, segundo os hospitais. São Paulo, 2016.

Hospital	Momento de Análise	Quantidade de Cuidados				Total	Média	Desvio-Padrão
		1 a 3	4 a 6	7 a 9	10 ou mais			
A	Admissão	74	114	25	2	215	4,42	1,81
	Alta	150	54	11	-	215	3,16	1,67
B	Admissão	48	140	25	2	215	4,67	1,62
	Alta	128	67	18	2	215	3,72	1,91

A tabela 1 evidenciou, em ambos os hospitais, redução na quantidade de cuidados na alta em relação à admissão. Apesar disso, demonstrou a presença de múltiplos cuidados no momento da alta. A partir dos resultados apresentados na tabela 1, foi realizada a análise de variância (ANOVA) entre as variáveis independentes: número de cuidados na admissão e número de cuidados na alta, conforme demonstrado na tabela 2.

Essa análise teve como objetivo verificar se a apresentação dos resultados se daria unificadamente ou separadamente por hospital.

Os resultados da ANOVA indicaram que os resultados deveriam ser analisados separadamente por hospital, uma vez que se evidenciou diferença estatisticamente significativa entre eles no momento da admissão ( $p < 0,0001$ ) e na alta ( $p = 0,001371$ ), conforme demonstrado na tabela 2.

Ou seja, este resultado foi fundamental para a orientação da análise e interpretação dos resultados deste estudo, o qual adotou uma postura de demonstração dos resultados dos locais de estudo separadamente (Hospital A e B).

**Tabela 2** – Variância do número de cuidados na admissão e na alta, comparando-se o Hospital A com o B, segundo ANOVA. São Paulo, 2016.

Variância do número de cuidados na admissão: Comparação do Hospital A com o Hospital B, segundo ANOVA					
Fonte	SS	DF	MS	F	P
Tratamento [entre grupos]	170,79	1	170,79	56,33	< 0,0001
Grupos	1.297,79	429	3,03		
Total	1468,58	430			

continua...

Variância do número de cuidados na alta: Comparação do Hospital A com o Hospital B, segundo ANOVA					
Fonte	SS	DF	MS	F	P
Tratamento [entre grupos]	33,49	1	33,49	10,38	0,001371
Grupos	1.380,56	429	3,23		
Total	1414,05	430			

A tabela 3, apresenta os motivos pelos quais os pacientes tiveram alta dos hospitais estudados. Nela foi possível evidenciar que a maioria dos pacientes (77,7%), em ambos os hospitais, teve sua saída do serviço hospitalar devido à melhora clínica.

No entanto, destacou-se a quantidade de pacientes transferidos para outros serviços, os quais totalizaram 13% no Hospital A e 14,9%

no Hospital B.

Ao se analisar o tempo de internação destes pacientes transferidos observou-se em ambos os hospitais: média de 6 dias, mediana de 4 dias e desvio-padrão de  $\pm 8$  dias, sendo que o Hospital A apresentou valor máximo de 49 dias e mínimo de 1 dia de internação, e o Hospital B apresentou valor máximo de 34 dias e mínimo de 1 dia de internação.

**Tabela 3** – Distribuição dos motivos de alta, segundo os hospitais. São Paulo, 2016.

Motivo da Saída	Hospital A		Hospital B		Total	
	n	%	n	%	n	%
Melhora clínica	167	77,7	167	77,7	334	77,7
Transferência	28	13,0	32	14,9	60	14,0
Óbito	16	7,4	11	5,1	27	6,3
Alta a pedido	1	0,5	2	0,9	3	0,7
Evasão	3	1,4	3	1,4	6	1,4
Total	215	100	215	100	430	100

A aplicação do teste de correlação de Spearman, entre o número de cuidados no momento da alta (Tabela 1) em comparação ao motivo da alta (Tabela 3), em ambos os hospitais, evidenciou que à medida que diminuiu o número de cuidados na alta, maior foi a ocorrência de alta devido à melhora clínica (Hospital A:  $r = 0.4182$ ;  $p < 0.0001$  / Hospital B:  $r = 0.2366$ ;  $p = 0.0005$ ), o que por sua vez sugere a ideia de uma qualidade assistencial direcionada para a recuperação do paciente, na maioria dos casos analisados.

A tabela 4 evidenciou presença de diferença estatisticamente significativa quando associado

o número de cuidados na admissão com as variáveis: número de diagnósticos (em ambos os hospitais), sexo (no Hospital A), idade (no Hospital B) e tempo de internação (no Hospital B).

Esta tabela ainda demonstrou presença de diferença estatisticamente significativa quando associado o número de cuidados na alta com as variáveis: número de diagnósticos, idade e tempo de internação (em ambos os hospitais). Em linhas gerais, à medida que aumentou o número de cuidados na admissão e na alta do paciente, maior foi a idade do paciente, o tempo de internação e o número de diagnósticos.

**Tabela 4** – Associação do número de cuidados na admissão e alta com as variáveis quantitativas (idade, tempo de internação e número de diagnósticos) e com a variável categórica (sexo). São Paulo, 2016.

Associação das Variáveis	Hospital				
	A		B		
	r <sup>2</sup>	Valor-p	r <sup>2</sup>	Valor-p	
Número de cuidados na admissão com:					
Variáveis quantitativas:					
	Idade	0,0001	0,8697	0,0644	0,0002
	Tempo de internação	0,0001	0,8791	0,1172	< 0,0001
	Número de diagnósticos	0,1127	< 0,0001	0,0936	< 0,0001
Variável categórica:					
	Sexo	0,9615	0,0127	0,0099	0,4986
Número de cuidados na alta com:					
Variáveis quantitativas:					
	Idade	0,1333	< 0,0001	0,0885	< 0,0001
	Tempo de internação	0,0647	0,0002	0,0496	0,0010
	Número de diagnósticos	0,2318	< 0,0001	0,0611	0,0003
Variável categórica:					
	Sexo	0,0043	0,4965	0,0009	0,5009

## DISCUSSÃO

A clínica compartilhada é apontada como uma lógica importante tanto para a atenção à saúde, quanto para a gestão de serviços de saúde, uma vez que ela colabora para a utilização racional dos recursos em saúde<sup>12</sup>.

Para que a clínica compartilhada seja operacionalizada faz-se necessária a identificação das necessidades em saúde<sup>13</sup>, como por exemplo, por meio da utilização do PP. Entretanto, é preciso ponderar sobre a especificidade do conceito de necessidades em saúde<sup>13</sup>, o qual pode transitar entre diversas esferas que compõem o ser humano, como as esferas biológicas, psicológicas, sociais, geográficas, demográficas, epidemiológicas, entre outras<sup>3</sup>.

Neste estudo as necessidades em saúde dos pacientes hospitalizados foram identificadas, nos momentos da admissão e alta, não sendo alvo de investigação as demandas sociais, psicológicas etc., o que implica numa limitação deste trabalho, todavia pode servir de investigação para estudos posteriores.

Entretanto, avançou-se no sentido de propor o uso de indicadores que possam servir de norteadores, quando correlacionados entre outras variáveis, para as ações das equipes de

saúde que atuam à luz da clínica compartilhada. Esta preocupação está ancorada em aspectos relacionados à atenção à saúde no ambiente hospitalar, visto que este serviço representa, no Brasil, 67% dos gastos totais em saúde e 70% dos gastos públicos na área<sup>14</sup>.

Para que o número de cuidados prestados sirva como indicador é imprescindível que o registro destes cuidados ocorra da forma mais completa possível, bem como esteja disponível num sistema de informação para as equipes assistenciais e gerenciais.

Diversos estudos apontam como deficitário o registro de dados no PP<sup>7-11</sup>, o que se configura como um aspecto limitador para a implantação do monitoramento de indicadores a partir de dados clínicos. No entanto, este fato deve ser motivador para o desenvolvimento de processos de trabalho que tentem compreender e minimizar a precariedade do registro de dados no PP.

A qualidade e eventual ausência ou erro no registro não foram avaliados devido à coleta dos dados ter ocorrido de forma transversal e retrospectiva, o que não permitiu evidenciar com segurança inconsistências nos registros analisados.

Diante disto, estudos futuros longitudinais e prospectivos podem se propor a confirmar se os indicadores, número de cuidados na admissão e alta do paciente, se configuram como variáveis possíveis e contributivas para a prática da clínica compartilhada ao longo do tempo.

Os resultados deste estudo demonstraram que, quando correlacionado o número de cuidados na admissão e alta do paciente com outros indicadores (idade, sexo, tempo de internação e número de diagnósticos) houve, em linhas gerais, presença de correlação estatisticamente significativa.

Esta evidência sugere que o uso da mensuração do número de cuidados na admissão e alta do paciente podem ser utilizados como indicadores para o monitoramento do paciente durante a internação hospitalar, conjuntamente a outras variáveis.

Esta possibilidade potencializa a prática da clínica compartilhada, a qual demanda por informação de qualidade para o gerenciamento dos casos, o que por sua vez permite contribuir para o uso adequado dos recursos em saúde em prol da terapêutica singular do paciente<sup>12</sup> e da melhor gestão do equipamento hospitalar.

Outro achado deste estudo que merece investigação aprofundada se refere à identificação da presença de cuidados no momento da alta, o que por sua vez sugere a possível necessidade de organização de serviços de contrarreferência, bem como de capacitação do paciente e/ou cuidador para o provimento de cuidados no ambiente extra-hospitalar.

É importante ressaltar que em nenhum momento houve a pretensão de esgotar o assunto ao propor a análise das necessidades em saúde, por meio do número de cuidados na admissão e alta hospitalar, visto que estudos futuros poderiam, por exemplo, se debruçar, por exemplo, sobre os Diagnosis Related Groups (DRGs)<sup>15</sup>, cuja fundamentação teórica também parece possuir condições de subsidiar a prática profissional ancorada na clínica compartilhada.

No entanto, ficou evidente a pertinência do desenvolvimento de um conjunto sistematizado de indicadores que contribuam para a prática profissional orientada pela clínica compartilhada. Estes indicadores, pautados

em informações acuradas e assertivas, e aliados a uma postura profissional autônoma e colaborativa entre os membros da equipe de saúde, contribuem para a melhoria da atenção à saúde e da gestão hospitalar.

## CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que à medida que aumentou o número de cuidados na admissão e na alta do paciente hospitalizado, maior foi a sua idade, o tempo de internação e o número de diagnósticos; e que apesar da diminuição no número de cuidados comparando-se o momento da admissão à alta hospitalar, houve a presença de um número elevado de cuidados no momento da alta entre alguns PP analisados.

Estes achados demonstraram que o monitoramento do número de cuidados em conjunto a outras variáveis pode contribuir, na perspectiva da clínica compartilhada, para a atuação das equipes interprofissionais de saúde e para a gestão hospitalar.

Isto decorreu do fato de que, possivelmente, o número de cuidados seja um indicador sensível para a identificação das necessidades em saúde de pacientes hospitalizados, o que por sua vez pode se configurar como uma ferramenta colaborativa para a qualidade assistencial e gerencial.

Devido ao delineamento deste estudo, recomenda-se que estudos futuros investiguem os tipos de cuidados presentes no momento da alta hospitalar, bem como que avaliem a pertinência e capacitação do cuidador para a manutenção destes cuidados em ambiente extra-hospitalar.

Entretanto, para que esta lógica de atenção e gestão em saúde tenha sucesso é imprescindível o desenvolvimento de sistemas de informação que permitam a sistematização e tratamento estatístico dos dados referentes a estes indicadores.

Ademais, é fundamental uma postura interprofissional e colaborativa entre as equipes de saúde, a fim de subsidiar a tomada de decisão à luz da clínica compartilhada, contribuindo para a melhoria da qualidade assistencial e, conseqüentemente, para a gestão hospitalar.

## REFERÊNCIAS

1. Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2010;15(5): 2337-44.
2. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2007;12(4): 849-59.
3. Oliveira MAC. (Re)significando os projetos cuidativos da enfermagem à luz das necessidades em saúde da população. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(3): 401-5.
4. Silva MJP. Ciência da Enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(4): i.
5. Rothman MJ, Solinger AB, Rothman SI, Finlay GD. Clinical implications and validity of nursing assessments: a longitudinal measure of patient condition from analysis of the Electronic Medical Record. *BMJ Open*. 2012;2(4): e000849.
6. Gauld R, Horsburg R, Brown J. The clinical governance development index: results from a New Zealand study. *British Medical Journal*. 2011; 20(11):947-52.
7. Patrício CM, Maia MM, Machiavelli JL, Navaes AN. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos. *Scient Medica*. 2011; 21(3):121-31.
8. Pompílio-Júnior A; Ermetice E. Indicadores de uso do prontuário eletrônico do paciente. *Journal Health Informatics*. 2011; 3(1):9-12.
9. Souza RFF, Dias FMP, Oliveira JA, Souza SROS. Análise do registro de enfermagem sobre procedimentos realizados na unidade de terapia intensiva. *Nursing*. 2011; 13(156):268-72.
10. Domiciano V, Fonseca AS, Moura AC. Prontuário do paciente: um desafio para os profissionais de enfermagem no departamento de emergência. *Nursing*. 2010; 13(147):417-22.
11. Matsuda LM, Silva DMPP, Évora YDM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado. *Rev Eletron Enferm*. 2006; 8(3):415-21.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
13. Silva JPV, Batistella C, Gomes ML. Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. In: Batistella C. O território e o processo saúde doença. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
14. La Forgia GM, Couttolenc BF. Hospital performance in Brazil: the search for excellence. Washington: The World Bank; 2008.
15. Noronha MF, Portela MC, Lebrão ML. Potenciais usos dos AP-DRG para discriminar o perfil da assistência em unidades hospitalares. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20Supl(2):242-55.