



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
CURSO DE MEDICINA

ALISSON HENRIQUE HAMMES

AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS EM
UM HOSPITAL GERAL

PASSO FUNDO, RS

2019

ALISSON HENRIQUE HAMMES

**AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS EM
UM HOSPITAL GERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação
apresentado como requisito parcial para a obtenção de
grau de Bacharel em Medicina pela Universidade
Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ivana Loraine Lindemann
Co-Orientador: Prof. Me. Rogerio Tomasi Riffel

PASSO FUNDO, RS

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

PROGRAD/DBIB

HAMMES, ALISSON HENRIQUE

Avaliação do Preenchimento de Prontuários Médicos em um Hospital Geral/ Alisson Henrique Hammes. – 2019. 44.f

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Ivana Loraine Lindemann

Co-orientador: Prof. Me. Rogerio Tomasi Riffel

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, RS, 2019.

1. Prontuário Médico. 2. Gestão Hospitalar. 3. Informação e Comunicação em Saúde. 4. Avaliação em Saúde.

I. LINDEMANN, IVANA LORAINE, orient. II RIFFEL, ROGERIO TOMASI, co-orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

ALISSON HENRIQUE HAMMES

**AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS EM
UM HOSPITAL GERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado como requisito parcial para a obtenção de grau de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ivana Loraine Lindemann

Co-Orientador: Prof. Me. Rogerio Tomasi Riffel

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi defendido e aprovado pela banca em 13 de junho de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a. Ivana Loraine Lindemann - UFFS

Prof. Dr. Julio Cesar Stobbe - UFFS

Prof. Esp. Joana Stela Rovani de Moraes - UFFS

Aos meus pais, que nunca mediram esforços para que meu sonho de me tornar médico venha a ser realidade.

AGRADECIMENTOS

Ao meu País, por me oportunizar estudar em uma Universidade pública.

À Universidade Federal da Fronteira Sul, na forma de todos seus docentes, pela formação de qualidade.

À orientadora, Prof^a. Dr^a. Ivana Loraine Lindemann, pela grandiosa assistência prestada em qualquer horário que a solicitei, pelas inúmeras correções indicadas e pelo seu amplo conhecimento científico disponibilizado.

Ao co-orientador, Prof. Me. Rogerio Tomasi Riffel, pelo conhecimento compartilhado, debates realizados e revisões fornecidas.

À minha família pelo imensurável suporte sempre fornecido.

Aos meus colegas e amigos, que de alguma maneira me auxiliaram nesse trabalho.

RESUMO

O presente trabalho foi elaborado de acordo com o Regulamento do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e com o Manual de Trabalhos Acadêmicos da UFFS, e apresenta os resultados da avaliação dos prontuários médicos de um Hospital Geral no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. É composto de projeto de pesquisa, relatório e artigo científico. Foi elaborado pelo acadêmico Alisson Henrique Hammes, orientado pela Professora Dr^a. Ivana Loraine Lindemann e co-orientado pelo professor Me. Rogério Tomasi Riffel, ao longo do 5º, 6º e 7º semestres do curso, nas disciplinas de Pesquisa em Saúde, Trabalho de Conclusão de Curso I e Trabalho de Conclusão de Curso II, nos semestres de 2018/01, 2018/02 e 2019/01, respectivamente. A pesquisa visa descrever a conformidade do preenchimento de prontuários, sendo os achados especialmente importantes pois ele é o principal documento do paciente hospitalizado e é o registro que resguarda o médico quando questionado judicialmente. Além disso, estabelece a comunicação entre os profissionais de saúde, contribui com dados para pesquisas e auxilia os gestores da saúde na administração do serviço, merecendo a atenção deste estudo.

Palavras-chave: Prontuário Médico. Gestão Hospitalar. Informação e Comunicação em Saúde. Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

The present work was elaborated according to the Regulations for the Final Paper (TCC) of the graduation course in Medicine of Campus Passo Fundo at UFFS and to the *Manual de Trabalhos Acadêmicos da UFFS*, and presents the results of the evaluation of Medical Records of a General Hospital in the state of *Rio Grande do Sul*, Brazil. It is composed by a Research Project, Report and Scientific Article. It was elaborated by the academic Alisson Henrique Hammes, supervised by Ivana Loraine Lindemann, Ph.D, and by the joint advisor Rogério Tomasi Riffel, Sc. M, during the 5th (2018/01), 6th (2018/2) and 7th (2019/01) semesters, in the courses of *Pesquisa em Saúde*, *Trabalho de Conclusão de Curso I* and *Trabalho de Conclusão de Curso II*, respectively. The objective of this study is to describe the filling of Medical Records, since the findings are especially important because this is the main document of the hospitalized patient and is the record that protects the doctor when questioned legally. In addition, it establishes communication among health professionals, contributes with data for research and assists health managers in the administration of the service.

Keywords: Medical Records. Hospital Administration. Health Communication. Health Evaluation.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. DESENVOLVIMENTO	11
2.1. PROJETO DE PESQUISA.....	11
2.1.1. RESUMO.....	11
2.1.2. TEMA	11
2.1.3. PROBLEMAS	11
2.1.4. HIPÓTESES.....	12
2.1.5. OBJETIVOS.....	12
2.1.6. JUSTIFICATIVA.....	12
2.1.7. REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1.8 METODOLOGIA.....	16
2.1.8.7 Projeto Piloto.....	18
2.1.9 Recursos.....	19
2.1.10 Cronograma.....	19
2.1.11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
2.1.12Apêndices	22
2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA	26
2.2.1 Apresentação	26
2.2.2 Desenvolvimento.....	26
2.2.2.1 Projeto piloto.....	26
2.2.3 Considerações finais.....	28
2.2.4 Apêndices	29
3. ARTIGO CIENTÍFICO	30
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
5. ANEXOS.....	42
5.1 Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa	42

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Resolução 1.638/02 do Conselho Federal de Medicina (CFM),

[...] O prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal.

(CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002, p.184).

É um documento de alto valor jurídico tanto para o médico quanto para o paciente, sendo direito do paciente o acesso ao seu prontuário médico a qualquer momento, de acordo com o Artigo 88 do Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

A mesma Resolução prevê que o prontuário deva ter evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico.

É comum no meio médico, entretanto, a falta de atenção com o preenchimento dos prontuários. Nesse sentido, através da Portaria 1.107/95 do Ministério da Saúde, foi criado o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (BRASIL, 1995). Instituíram-se, com isso, condições e instrumentos que propiciaram a criação de núcleos de gestão de qualidade dentro dos Hospitais, que avaliam vários itens além do prontuário, tais como corpo técnico, controle de infecções, estrutura física e outros. A esse trabalho, dá-se o nome de Acreditação Hospitalar, que é regido pelo Manual Brasileiro de Acreditação, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

O presente trabalho tem, portanto, o intuito de verificar a conformidade do preenchimento dos prontuários em um Hospital Geral, podendo chamar atenção dos profissionais e da comunidade acadêmica de forma a qualificar o serviço. A pesquisa é, além disso, uma forma de avaliar cronologicamente a evolução do preenchimento do prontuário médico, uma vez que esse trabalho poderá ser repetido no futuro e comparado aos dados coletados atualmente.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. PROJETO DE PESQUISA

2.1.1. RESUMO

O presente estudo tem por objetivo avaliara conformidade do preenchimento do Prontuário Médico de pacientes internados e que receberam alta entre 10 de janeiro e 10 de dezembro de 2017. Os dados serão coletados a partir do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), que contém todos os dados dos diversos atendimentos realizados, incluindo exames, achados, condutas, história do paciente, entre outros. Todos os prontuários dos pacientes atendidos no período delimitado serão analisados, e serão atribuídos escores de acordo com o padrão de preenchimento. Ao final, estes dados serão compilados, apresentados e comparados com estudos semelhantes e com a legislação que dispõe sobre o prontuário médico. Espera-se identificar quesitos entre os diversos prontuários que mereçam maior atenção no preenchimento, podendo esses achados servirem de base ações de treinamento, qualificação e melhoria continuada dos serviços de saúde prestados.

Palavras-chave: Prontuário Médico. Gestão Hospitalar. Informação e Comunicação em Saúde. Avaliação em Saúde.

2.1.2. TEMA

Preenchimento de prontuários médicos.

2.1.3. PROBLEMAS

Qual proporção de itens do prontuário está preenchida em conformidade com a legislação vigente?

Quais itens do prontuário médico são preenchidos com menor frequência?

Qual proporção de prontuários teria qualidade suficiente para ser apresentada na defesa médica em um processo judicial?

Há uniformidade no preenchimento dos prontuários de forma a garantir que os mesmos sirvam para banco de dados de pesquisa e possam ser avaliados pelos gestores do Hospital?

2.1.4. HIPÓTESES

Dos prontuários avaliados, apenas 50% dos itens em avaliação terão preenchimento em conformidade com a legislação vigente.

Informações que causem certo desconforto e que não estejam diretamente implicadas na queixa atual do paciente deverão estar ausentes na maior parte dos prontuários.

Em geral não haverá uniformidade no padrão dos prontuários de forma que os mesmos sirvam de base para pesquisas em saúde e em defesas judiciais, de maneira que menos de 50% dos mesmos possam ser usados em pesquisas ou ações judiciais de forma satisfatória.

O gestor encontra dificuldade em encontrar os dados que precisa na administração e contabilidade do serviço, assim como o pesquisador que deseja usar os prontuários como base de dados para pesquisa.

2.1.5. OBJETIVOS

Descrever a conformidade do preenchimento de prontuários com a legislação.

Descrever os itens que mais são negligenciados no preenchimento dos prontuários.

Sinalizar quais os itens que mais necessitam atenção no preenchimento do prontuário, de maneira a servirem de base à pesquisa e ações judiciais.

Identificar inadequações nos prontuários com repercussão na gestão e na pesquisa, servindo de base para ações que visem resolver esse problema.

2.1.6. JUSTIFICATIVA

O prontuário médico é o conjunto de documentos com informações sobre a saúde do doente e a assistência prestada a ele em um serviço de saúde. Cabe exclusivamente ao médico ou acadêmicos de medicina, sob supervisão de *staffs* do hospital quando o atendimento for prestado em um hospital escola. O prontuário médico corretamente preenchido é, e efetivamente tem sido, a principal peça de defesa do médico nos casos de denúncias por mal atendimento com indícios de imperícia, imprudência ou negligência, ou seja, na presunção da existência de erro médico. É, inclusive, o primeiro documento que a polícia, a Justiça e o próprio Conselho Regional de Medicina (CRM) solicitam aos hospitais/médicos denunciados para apreciação dos fatos da denúncia, conforme o Artigo 7º da Resolução CFM 1.605/00 “[...] para sua defesa judicial, o médico poderá apresentar a ficha ou prontuário médico à autoridade competente [...]” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2000).

Com o processo de informatização da assistência nos serviços de saúde brasileiros, os dados dos pacientes tornaram-se muito mais acessíveis, possibilitando a realização de pesquisas, levantamento de dados, auditoria, entre outros. Em meio a todo esse contexto, porém, ainda se observa certa dificuldade em padronizar e uniformizar o preenchimento dos prontuários, no sentido de torná-los acessíveis à pesquisa e em conformidade com a legislação vigente.

2.1.7. REFERENCIAL TEÓRICO

O CFM assim define o prontuário do paciente em sua Resolução 1.638/02:

[...]documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas 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
(CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002, p. 184).

Nesse sentido, segundo a Lei 8.080/90, no inciso V do Art. 7, é garantido “[...] direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde” (BRASIL, 1990). Ainda com relação às garantias do paciente, a Resolução do CFM 1.605/00, em seu Art. 6º, refere que

O médico deverá fornecer cópia da ficha ou do prontuário médico desde que solicitado pelo paciente ou requisitado pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina
(CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2000, p. 30).

Segundo o Manual de orientação ética e disciplinar do Conselho Regional de Medicina do Estado de Catarina:

O prontuário é constituído por:
Ficha clínica com as seções: identificação, anamnese (queixas, antecedentes, história mórbida pregressa e história da doença atual), exame físico, hipótese(s) diagnóstica(s) e plano terapêutico;
Exames complementares: laboratoriais, anatomopatológicos, radiológicos, ultrassonográficos etc.;
Folha de evolução clínica;
Folha de pedido de parecer (que também podem ser feitos na folha de prescrição e respondidos na de evolução clínica);
Folha de prescrição médica, que no prontuário em uso está logo após o quadro TPR (temperatura, pulso, respiração), podendo conter relatório de enfermagem ou este ser feito em folha separada,
Quadro TPR (temperatura - pulso - respiração) é a primeira folha do prontuário quando em uso, e
Resumo de alta / óbito
(CREMESC, 2006, p. 90).

A Resolução 1.821/07 do CFM exige no inciso 2 do artigo 1, que os prontuários eletrônicos sejam um “[...] Método de indexação que permita criar um arquivamento organizado, possibilitando a pesquisa de maneira simples e eficiente”.⁸
Para Silva (2007, p. 14)

[...] a qualidade observada nos prontuários de hospitais da área de ensino, de modo geral, é bastante desalentadora e requer urgentes medidas, inclusive de qualificação de pessoal. Sem mudanças substantivas da maioria dos prontuários examinados, certamente haverá a continuidade dos reflexos negativos sobre as áreas de ensino e pesquisa clínica, entre outras, o que poderá comprometer o desenvolvimento e o aperfeiçoamento do sistema de saúde do Brasil e a assistência da população.

Embora esteja clara a imperatividade do rigor no preenchimento do prontuário, poucos estudos foram desenvolvidos nessa área dentro de serviços de saúde e pesquisa em saúde. Com a consolidação da Acreditação Hospitalar nos últimos anos tem-se buscado constantemente melhorar a qualidade do serviço, aumentar a eficiência dos atendimentos de saúde, controlar os casos de infecção hospitalar, entre outros. Não existem dados publicados, porém, que quantifiquem e possibilitem conhecer a real dimensão do problema, de maneira que se avalie inclusive a

efetividade dos programas de Acreditação Hospitalar existentes e a adequação legal dos prontuários.

Entende-se por prontuário não apenas o registro da anamnese do paciente, mas todo acervo documental padronizado, organizado e conciso, referente ao registro dos cuidados clínicos prestados, assim como, aos documentos pertinentes a essa assistência (Souza *et al.*, 2014, p. 73).

Souza *et al.* (2014, p. 20) em estudo semelhante a este encontraram prontuários de pacientes internados que não constavam com nada relatado. A maioria dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) analisados pelo estudo estava em branco (73%), mesmo que o TCLE seja um documento obrigatório em procedimentos de risco ou que possam causar reações adversas. Dessa forma, os dados destes estudos dão noção do tamanho do problema e sinalizam que ações no sentido de qualificar o preenchimento dos prontuários são imperativas.

Do ponto de vista legal, a relação médico-paciente é judicialmente entendida como uma relação de consumo, ou seja, vale nessa relação o que dispõe o Código de Defesa do Consumidor (CDC). O Poder Judiciário se respalda do Código de Ética Médica, do CDC, das Resoluções do CFM 1.605/00, 1.638/02 e 1.821/07, e quando acionado nos casos de Processo Médico, concede ao paciente a inversão do ônus da prova, e na prática não é o paciente que tem que provar a culpa do médico, mas é o médico que tem que provar a sua inocência. Para Murr (2010, p. 40),

A inversão consiste em fazer com que, em caso de comprovado dano, não recaia sobre o paciente a obrigação de provar o erro médico, mas ao médico a obrigatoriedade de provar que agiu *lege artis* ou, pelo menos, que não há nexos causal entre o dano alegado e sua conduta.

O prontuário médico é, portanto, também um relevante e importante meio de prova, de defesa e de aumento da qualidade dos serviços de saúde. Sampaio *et al.* (2010, p. 463) entende que “[...] quanto mais frutífera e respeitosa seja a relação com o outro mais informações deverão estar documentadas nos serviços de saúde” e qualifica o prontuário como “[...] instrumento de trabalho médico capaz de mensurar a qualidade da relação profissional.”

2.1.8 METODOLOGIA

2.1.8.1 Tipo de Estudo

Estudo quantitativo, observacional, transversal, do tipo avaliação de serviço de saúde.

2.1.8.2 Local e Período de Realização

O estudo será realizado no período de agosto de 2018 a julho de 2019 em um hospital geral de alta complexidade do interior do Rio Grande do Sul.

2.1.8.3. População e Amostragem

A população do estudo é formada por pacientes que se encontravam internados, independentemente de sexo e idade, e receberam alta, transferência ou evoluíram a óbito. A amostra não-probabilística será selecionada dentre os prontuários médicos de atendimentos realizados em pacientes internados no período 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2017. Com base em dados anteriores divulgados pelo próprio Hospital relativos a 2015, o mesmo possui anualmente cerca de 32.000 internações, configurando aproximadamente 90 internações por dia. De forma a excluir variações sazonais relacionadas à mudança na equipe hospitalar, fluxo e outras variáveis, estipulou-se que serão analisados os prontuários dos pacientes que receberam alta no dia 10 de cada um dos 12 meses de 2017. Espera-se alcançar um n de 1080 prontuários. Os mesmos serão selecionados por setor de internação e período, na base de dados do setor de Arquivologia do Hospital. Estão aptos a participar todos os setores de internação, à exceção dos prontuários dos setores de atendimento ambulatorial e hospital dia.

2.1.8.4. Variáveis e Instrumentos de coleta de dados

Dos pacientes identificados para composição da amostra será acessado o prontuário eletrônico para a coleta dos dados. Para cada variável será atribuído um valor de acordo com o grau de conformidade do preenchimento, sendo 0 (zero) = ausente, 1 (um) = presente e insatisfatório e 2 (dois) = presente e satisfatório.

As variáveis a serem analisadas foram definidas com base em critérios legais e técnicos, incluindo o código da Classificação Internacional de Doenças (CID-10, 1997), caligrafia, assinatura e carimbo do profissional responsável. Além disso, serão analisados os seguintes itens que, listados na Resolução CFM nº 1.638/02, que compõem o prontuário: Identificação (nome, grupo racial, idade, procedência, residência com rua, número, bairro, cidade, profissão, estado civil, religião, sexo e responsável se dependente), anamnese (queixa, antecedentes, história da doença atual, história familiar, história patológica pregressa), exame físico (geral ou focado, conforme a doença), hipótese diagnóstica, conduta, exames complementares (quando solicitados e necessários no diagnóstico), evolução clínica cronológica e renovada diariamente, prescrição (carimbada e assinada), quadro TPR (temperatura, pulso, frequência cardíaca e respiratória, tendo a frequência cardíaca sido adicionada pelo pesquisador devido a sua importância, mesmo que não conste na Resolução do CFM) e resumo de alta ou óbito assinada.

Os dados consultados serão transcritos em formulário de dados (apêndice C) e posteriormente digitados pelo acadêmico da equipe de pesquisa em banco de dados a ser criado no EpiData, versão 3.1 (distribuição livre).

2.1.8.5. Análise de dados

A análise de dados será realizada no *software* PSPP (distribuição livre). Para cada item avaliado será verificada a proporção de prontuários em que o mesmo está ausente, presente e insatisfatório e presente e satisfatório. Além disso, por meio da somatória dos valores atribuídos aos itens avaliados, será gerado um escore para verificação da conformidade geral dos prontuários. Considerando-se todos os itens avaliados, o escore de cada prontuário poderá variar de 0 (mínimo), até 54(máximo) e, para fins de avaliação de conformidade, foi estabelecido arbitrariamente que escores menores que 40 pontos, ou seja, com mais de 25% de desconformidade, serão considerados “em não conformidade” e, valores acima, “em conformidade”.

2.1.8.6. Aspectos Éticos

O presente estudo será realizado com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP). Foi aprovado através do Parecer Consubstanciado 2.752.284, de 03 de julho de 2018.

Riscos: Exposição acidental de dados de identificação. Afim de minimizar tal risco, as informações de identificação do paciente não serão transcritas para o formulário de dados e o acesso ao sistema será feito de maneira a assegurar a privacidade dos participantes. Caso o risco venha a se concretizar, o estudo será interrompido. No caso de riscos não previstos, acontecerem acima do nível aceitável, as atividades que os geraram, serão interrompidas.

Benefícios: Considerando a natureza do estudo, não estão previstos benefícios diretos aos participantes. Entretanto, o estudo fará um *screening* do ato médico com relação aos pacientes. Devido à característica do estudo, os resultados obtidos não serão devolvidos aos participantes, no entanto, serão devolvidos à instituição, sob a forma de relatório para que possam ser usadas em qualificações do serviço.

Em atendimento à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e, considerando que a coleta de dados será realizada sem contato direto com os participantes, tendo em vista que muitos evoluíram ao óbito ou não mantêm vínculo com a instituição, o que dificulta a obtenção do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), a equipe solicita dispensa do mesmo (apêndice A). Além disso, os pesquisadores se comprometem a utilizar adequadamente os dados obtidos em prontuários, apresentando, em virtude disso, o Termo de compromisso para utilização de dados de arquivo (apêndice B).

2.1.8.7 Projeto Piloto

Será executado um projeto piloto avaliando 10 prontuários aleatórios encontrados no PEP antes da execução do projeto. Este projeto piloto servirá de base para encontrar falhas na metodologia, testar a logística, funcionalidade do método e descartar vieses que por ventura possam ser verificados.

2.1.9 Recursos

Para realização do presente estudo, são previstos os seguintes recursos:

Item	Unidade	Quantidade	Custo Unitário	Total
Caneta esferográfica	Caixa com 10	1	R\$ 10,00	R\$ 10,00
Caneta marca texto	Caixa com 5	1	R\$ 10,00	R\$ 10,00
Impressões	Impressões	500	R\$ 0,10	R\$ 50,00
Folhas de ofício	Remas com 500 folhas	1	R\$ 15,00	R\$ 15,00
Total: R\$ 85,00				

As despesas relacionadas à execução do trabalho serão custeadas pela equipe de pesquisa.

2.1.10 Cronograma

Atividade/ mês	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2					X	X	X	X				
3									X	X	X	X
4									X	X	X	X

Sendo as atividades: 1 - Revisão de Literatura, 2 - Coleta de dados, 3- Análise de dados e 4 - Redação e divulgação dos resultados.

2.1.11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Lei 8.080/1990, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Publicada no D.O.U. de 19 de setembro de 1990. Seção 1.

BRASIL. **Lei nº. 8.078, de 11 de setembro de 1990.** Código de Defesa do Consumidor. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Publicada no D.O.U. de 11 de setembro de 1990; Brasília/DF.

BRASIL. Ministério da Saúde - MS. **Portaria Gabinete do Ministro/MS nº 1.107,** de 14 de junho de 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde – MS. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.** – 3. Ed.. – Brasília: MS, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Resolução CFM nº 1.605/00, de 15 de setembro de 2000.** Publicada no D.O.U. de 29 de setembro de 2000, p. 30.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **Resolução CFM nº 1.638/02, de 10 de julho de 2002.** Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Resolução CFM nº 1.821/2007, de 11 de julho de 2017.** Publicada no D.O.U. de 23 de novembro de 2017, p. 252.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **Resolução CFM nº 1.931/09, de 17 de setembro de 2009: Código de ética médica.** Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA - CREMESC. **Manual de orientação ética e disciplinar.** – 4ª ed - Florianópolis: CREMESC, 2006.

MURR, Leidimar Pereira. A inversão do ônus da prova na caracterização do erro médico pela legislação brasileira. **Revista Bioética;** vol. 18: p. 31-47; 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - ONU. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10ª rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1.

SAMPAIO, Adriano Cavalcante; SILVA, Maria Rejane Ferreira da. Prontuários médicos: reflexo das relações médico-paciente. **Revista Bioética;** vol. 18: p. 451-468. 2010

SILVA, Fabia Gama; TAVARES, José Neto. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica;** vol. 31, n.2: p. 113-26. 2007.

SOUZA, Emanuella Cirino de; TONINI, Letícia; PINHEIRO, Dionilson. Avaliação da qualidade do preenchimento dos prontuários em um hospital de Goiânia, segundo os parâmetros da acreditação hospitalar. **Revista Acreditação**, vol. 4: p. 66-87; 2014.

2.1.12 Apêndices

2.1.12.1 Apêndice A

APÊNDICE A - Solicitação de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UFFS.

AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS EM UM HOSPITAL GERAL

Esta pesquisa será desenvolvida por Alisson Henrique Hammes, discente da Graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Passo Fundo, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Ivana Loraine Lindemann, e coorientação do Prof. Me. Rogerio Tomasi Riffel.

O objetivo central do estudo é descrever a conformidade do preenchimento de prontuários com a legislação, buscando identificar inadequações nos prontuários com repercussão na gestão e na pesquisa, servindo de base para ações que visem qualificá-los. Embora pertencentes aos pacientes, os prontuários e como eles são preenchidos são uma forma também de avaliar a qualidade do atendimento de saúde, além de servir de banco de dados para pesquisas. Sendo assim, é necessário ter acesso aos dados destes prontuários que se enquadram nos critérios de inclusão, ou seja, prontuários de atendimentos realizados entre 1º e 31 de janeiro de 2018 e que não sejam de atendimentos ambulatoriais.

As informações serão utilizadas para avaliação da conformidade com a legislação, com base em critérios legais, e formarão escores que quantificarão e indicarão o grau de conformidade e quais os itens que requerem mais atenção. Esses dados serão coletados através dos prontuários eletrônicos, totalizando aproximadamente 900 prontuários.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações obtidas. Existe o risco mínimo de exposição acidental de dados de identificação dos pacientes. A fim de minimizar tal risco, as informações de identificação do paciente não serão transcritas para o formulário de dados e o acesso ao sistema será feito de maneira a

assegurar a privacidade dos participantes. Caso o risco venha a se concretizar, o estudo será interrompido. No caso de riscos não previstos, acontecerem acima do nível aceitável, as atividades que os geraram, serão interrompidas.

Considerando a natureza do estudo, não estão previstos benefícios diretos aos participantes. Entretanto, o estudo fará um *screening* do ato médico com relação aos pacientes. Devido à característica do estudo, os resultados obtidos não serão devolvidos aos participantes, no entanto, serão devolvidos à instituição, sob a forma de relatório, para qualificação do serviço.

Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas, mantendo sigilo dos dados pessoais.

Devido à importância da pesquisa e com base na Resolução CNS Nº 466 de 2012 - IV.8, solicito a dispensa da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas justificativas:

1). Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional, de acordo com o artigo 27 da Lei 8.080/90, parágrafo único;

2). Em muitos dos casos, os pacientes já vieram a óbito;

3. **Difícil** localização de familiares, pois os mesmos não frequentam regularmente o hospital;

4). Os pacientes foram atendidos há muito tempo e o endereço e telefone já não são os mesmos.)

Passo Fundo, xx de xx de 2018.

Dr^a. Ivana Loraine Lindemann

2.1.12.2 Apêndice B

APÊNDICE B –Termo de Compromisso para uso de dados em arquivo.

AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS EM UM HOSPITAL GERAL

Ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UFFS.

Os pesquisadores abaixo se comprometem a garantir e preservar as informações dos prontuários e base de dados dos Serviços e do Arquivo Médico, garantindo a confidencialidade dos dados dos pacientes. Concordam igualmente que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução deste projeto. As informações somente serão divulgadas de forma anônima.

Passo Fundo, xx de xx de xx.

Nome do Pesquisador	Assinatura
Alisson Henrique Hammes	
Ivana LoraineLindemann	
Prof. Rogerio Tomasi Riffel	

2.1.12.3 Apêndice C

APÊNDICE C – Formulário de Dados Consultados em Prontuários Médicos

AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS EM UM HOSPITAL GERAL

	Variável	0	1	2
1	CID			
2	Caligrafia/rasuras			
3	Assinatura do profissional responsável			
4	Carimbo do profissional responsável			
5	Nome do paciente			
6	Grupo racial			
7	Idade			
8	Procedência			
9	Local de residência com rua, número, bairro e cidade			
10	Profissão			
11	Estado Civil			
12	Religião			
13	Sexo			
14	Responsável (se dependente)			
15	Queixa			
16	Antecedentes			
17	História da Doença Atual			
18	História Familiar			
19	História Patológica pregressa			
20	Exame físico (geral ou focado, conforme a doença)			
21	Hipótese Diagnóstica			
22	Conduta			
23	Exames complementares transcritos (quando solicitados)			
24	Evolução clínica cronológica e renovada diariamente			
25	Prescrição (de acordo com a legislação específica)			
26	Quadro TPCR (temperatura, pulso, frequência cardíaca e respiratória)			
27	Resumo de alta ou óbito (de acordo com a legislação)			
SUBTOTAL				
TOTAL				

2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA

2.2.1 Apresentação

Com o objetivo de verificar a conformidade do preenchimento dos prontuários em um Hospital Geral, buscou-se desenvolver a metodologia mais coerente possível de maneira a colher informações que componham um banco de dados sólido capaz de ser interpretado de maneira crítica e saudável ao sistema de saúde. Por ser inédito na literatura, já que não foram encontrados trabalhos desse cunho com esses objetivos, impôs-se um desafio maior aos pesquisadores, que através do projeto piloto viram falhas na metodologia e buscaram corrigi-las.

O Projeto de Pesquisa do presente trabalho tinha como objetivo avaliar quantitativamente a qualidade do preenchimento de prontuários de uma amostra selecionada em todos os atendimentos do Hospital. Depois, verificou-se que alguns setores do hospital naturalmente não teriam alguns itens questionados, como prontuários de pacientes inconscientes, de emergência e de pós-operatório, por exemplo, além daqueles que se enquadravam nos critérios de exclusão iniciais. Assim, decidiu-se fazer a análise apenas dos prontuários de pacientes oncológicos que estiveram internados em tratamento neste Hospital, mantendo os critérios de seleção dos prontuários.

Em seguida, de maneira a tornar mais homogênea a avaliação de cada prontuário, excluiu-se a análise da qualidade do preenchimento. Manteve-se, assim, apenas a presença ou ausência dos dados, já que é objetivo central deste trabalho que se avalie se os prontuários médicos contêm ou não as informações requeridas. Assim, a tabela original de coleta de dados desenvolvida no Projeto de Pesquisa consta no apêndice C, enquanto a tabela ajustada após o estudo piloto se encontra no Apêndice I do relatório.

2.2.2 Desenvolvimento

2.2.2.1 Projeto piloto

Um estudo piloto foi desenvolvido entre os dias 7 e 14 de novembro de 2018, a partir de 10 prontuários selecionados por conveniência em atendimentos oncológicos. Além das conclusões já citadas, decidiu-se por remover outros itens da tabela de avaliação. Segundo a resolução CFM nº 1821/07, o prontuário eletrônico dispensa a necessidade de algumas burocracias, como assinatura e carimbo do médico em cada evolução, o que justificou a retirada do item 2, 3 e 4. O item 14 foi removido pois alguns pacientes requerem um responsável legal e outros não, sendo também uma competência da administração do hospital e não do atendimento médico. O item 23, citado na resolução 1632/02 do CFM como parte integrante do prontuário, também foi retirado da avaliação. Isso porque fica automaticamente evoluído no PEP os resultados dos exames solicitados, estando disponíveis para consulta da mesma forma que o prontuário. Referente aos exames complementares, a resolução CFM nº 1632/02, em seu artigo 5º, não discrimina como isso deve ser registrado.

Com relação ao item 24 (avaliação da evolução clínica cronológica e renovada diariamente) decidiu-se incluir alguns critérios deveras qualitativos, para conceder igualmente uniformidade de avaliação. Evoluções que não transmitissem nenhuma informação (uso de números, sinais ortográficos, símbolos e qualquer outro dado que não uma informação médica na língua vernácula) ganhariam 0 (zero), mesmo que fosse renovada cronologicamente como exige o sistema do prontuário eletrônico. Todas as evoluções foram avaliadas, e quando um erro fosse encontrado determinou-se que seria atribuído zero àquele quesito e descrevendo o erro no espaço de observações.

O item 25 (prescrição de acordo com a legislação) também foi retirado pois verificou-se que a não prescrição dos medicamentos sofre certa “auto regulação” dentro do Hospital, já que as drogas só são liberadas pela farmácia no momento em que são prescritas. Assim, poderiam haver três hipóteses: a prescrição estar correta, não haver prescrição ou haver dispensação da droga sem prescrição nem evolução do ocorrido no sistema. Em nenhum dos três casos o avaliador teria acesso a forma com que isso ocorreu, tornando-se inútil ser avaliado desta maneira.

O quadro TPCR (temperatura, pulso, frequência cardíaca e respiratória) é preenchido pelos profissionais de enfermagem mediante solicitação do médico assistente. Há, por vezes, controle de outros itens, como peso, drenos, sondas, volumes e sinais de alarme. Pela grande variação de serviços assistenciais específicos

solicitados para cada paciente, não seria avaliado de forma homogênea se o item 26 permanecesse, optando-se pela sua retirada.

Com relação ao resumo de alta e óbito, correspondente ao item 27, decidiu-se por apenas avaliar a conduta descrita pelo médico na última avaliação antes da alta, onde buscaram-se informações como plano, data de retorno, encaminhamentos ou descrição do óbito, contendo a causa da morte, hora e intercorrências. A declaração de óbito preenchida após o óbito não é parte integrante do prontuário e nem é acessível para pesquisa, já que teriam que ser avaliados aspectos como número de vias, veracidade das informações e outros quesitos que não são objetivo desse estudo.

Ainda conforme o Art. 5º da resolução CFM nº 1638/02, o nome da mãe do paciente compreende uma informação necessária na identificação do paciente e deve estar presente, sendo acrescida na ficha de avaliação.

Por fim, adicionou-se ainda um espaço para observações a serem registradas em cada item, para que na análise dos dados fosse possível verificar a frequência e a maneira com que cada falha do prontuário se apresenta, além de número da ficha, data da coleta, número do prontuário, e o contato do pesquisador caso a ficha fosse perdida. A ficha de avaliação corrigida contendo as observações verificadas no projeto piloto se encontra na sequência, no apêndice I.

2.2.3 Considerações finais

Conclui-se, assim, a apresentação da parte inicial do presente trabalho, expondo e detalhando seus métodos, etapas, burocracias vencidas e contexto do tema. Ao longo dos próximos meses, de janeiro a março de 2019, seguindo o cronograma do Projeto, serão coletados os dados, com posterior análise e interpretação dos mesmos que serão expostos no artigo original.

2.2.4 Apêndices

2.2.4.1 APÊNDICE I – Formulário de Dados Consultados de Prontuários Médicos – Trabalho “Avaliação do preenchimento de prontuários médicos em um hospital geral. ”

Nº do formulário: _____ Prontuário: _____ Data coleta: ____/____/____				
	Variável	0	1	OBSERVAÇÕES
1	Nome do paciente			
2	Nome da mãe			
3	Grupo racial			
4	Idade e data de nascimento			
5	Procedência			
6	Residência (rua, nº, bairro e cidade)			
7	Naturalidade			
8	Estado Civil			
9	Religião			
10	Sexo			
11	Profissão			
12	Queixa/motivo da admissão			
13	Antecedentes			
14	História da Doença Atual			
15	História Familiar			
16	História Patológica Pgressa			
17	Exame físico			
18	Hipótese Diagnóstica			
19	Conduta			
20	Evolução cronológica e renovada			
21	Resumo de alta ou óbito			
22	CID			
23	Classificação TNM			
24	Localização do tumor primário			
25	Histologia do tumor			
TOTAL				

Em caso de perda, este documento é parte integrante do TCC de Alisson H. Hammes – (55) 997190996

3. ARTIGO CIENTÍFICO

Este artigo foi concebido de acordo com as normas da Revista da Associação Médica Brasileira (RAMB).

AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DE PRONTUÁRIOS HOSPITALARES

Alisson Henrique Hammes

Rogério Tomasi Riffel

Ivana Loraine Lindemann

Resumo

Objetivo: Descrever o preenchimento de prontuários de pacientes oncológicos internados em um hospital de referência. **Métodos:** Estudo transversal realizado em um Hospital Geral do interior do Rio Grande do Sul em que foi analisada a frequência de 25 itens (relativos à identificação do paciente e ao atendimento realizado) em prontuários de pacientes com neoplasia maligna que internaram ao longo de 2017. **Resultados:** Foram analisados 258 prontuários, sendo que dos 11 itens de identificação, 10 estiveram presentes praticamente em todos, à exceção de procedência (41,9%; n=108). Entre os 14 itens relativos ao atendimento da doença, localização do tumor primário (93%; n=240), conduta (89,9%; n=232), queixa/motivo da admissão (84,9%; n=219) e resumo da alta/óbito (84,1%; n=217) apresentaram maior frequência de registro. Os menos preenchidos foram: Classificação Internacional de Tumores Malignos (32,6%; n=84) e História Familiar (26%; n=67). **Conclusões:** Embora com resultados superiores aos descritos na literatura, o preenchimento dos prontuários analisados mostrou-se incompleto. O uso de fichas e de *checklists* pode ser efetivo na melhoria de itens pontuais ainda mal preenchidos. A conscientização sobre sua importância é fundamental com vistas a melhorar o preenchimento do prontuário.

Palavras-chave: Registros Eletrônicos de Saúde. Gestão Hospitalar. Judicialização da Saúde. Imperícia. Pesquisa sobre Serviços de Saúde.

Summary

Background: To describe the fulfilment of medical records from patients with cancer hospitalized in a referral hospital. **Methods:** A cross - sectional study carried out at a Hospital of Rio Grande do Sul, Brazil, in which the frequency of 25 items (relative to patient identification and care) was analyzed in medical records of patients with malignant neoplasia hospitalized throughout 2017. **Results:** A total of 258 items were processed, of which 11 were identification items, 10 were distributed in almost all cases, except for the provenance (41,9%; n=108). Among the 14 items related to the care of the disease, location of primary tumor (93%; n=240), conduct (89,9%; n=232), reason of hospitalization (84,9%; n=219) and summary of discharge/death (84,1%; n=217) presented a higher frequency of recording. The least completed were: international classification of malignant tumours (32,6%; n=84) and family history (26%; n=67). **Conclusions:** Although with better results to those described in the literature, the fulfilment of the medical records analyzed was incomplete. The use of standard template and checklists can be effective in improving punctual items that are still poorly filled. The awareness of its importance is fundamental in order to improve the fulfilment of the medical record.

Keywords: Computerized Patient Medical Records. Hospital Administration. Health Services Research. Malpractice.

Introdução

O prontuário é um documento de caráter legal, sigiloso e científico que norteia o atendimento, armazena informações e acontecimentos envolvendo o paciente e a assistência a ele prestada, além de ser instrumento de comunicação e de organização entre os profissionais de um serviço de saúde¹. Quando bem documentado, condiciona etapas diagnósticas e prognósticas, descreve a vivência do doente, o tratamento e diminui a ocorrência de iatrogenias^{2,3}. Paulatinamente, os prontuários têm se tornado eletrônicos, facilitando seu preenchimento, arquivamento e entendimento o que, por

tese, os qualificou^{4,5,6,7}. Por relatar um serviço de saúde, pode mensurar a qualidade da relação profissional e médico-paciente³, servir como prova no levantamento judicial de informações^{2,1} e ser utilizado para compor o banco de dados de pesquisas⁴, o que promove o crescimento institucional e a qualificação dos serviços de saúde.

Seu preenchimento é obrigatório ao médico⁸ e às instituições, com vistas a requerer a Autorização para Internação Hospitalar no Sistema Único de Saúde – AIH/SUS, utilizada pelos serviços para a contabilidade dos custos com o doente⁹. Ainda, é um dos principais meios de prova em processos judiciais pelo valor legal que apresenta¹⁰.

Ministério da Saúde (MS), Conselho Federal de Medicina (CFM) e organizações civis como a Organização Nacional de Acreditação (ONA), vêm trabalhando com as instituições hospitalares no aperfeiçoamento do atendimento médico e, por consequência, do prontuário. Estas ações, entretanto, têm cerca de duas décadas e seguem em implementação^{7, 11, 12}. Alguns estudos que se dedicaram a avaliar o preenchimento de prontuários apresentaram resultados bastante desalentadores^{2, 4, 5, 6, 7, 9, 13, 14}; outros indicaram que bons prontuários são causa e efeito de bons serviços de saúde^{15,16}.

Cabe considerar ainda que esses documentos são importantes fontes de dados secundários para gerar informações sobre as características de saúde da população, servindo, em última instância, de subsídio para o planejamento e a avaliação de intervenções em saúde. A exemplo, pode citar-se o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), que produz estatísticas nacionais sobre a epidemiologia da doença a partir de dados extraídos de prontuários e enviados pelos serviços de saúde. Nesse contexto, quanto melhor preenchido o prontuário, maior a qualidade e a confiabilidade do indicador de saúde.

Diante disso, este estudo teve o objetivo de avaliar o preenchimento de prontuários de pacientes oncológicos atendidos em um hospital de referência.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal realizado em um Hospital Geral no interior do Rio Grande do Sul. Considerando-se não haver estimativas para cálculo do tamanho da amostra, optou-se por analisar aproximadamente 10% dos prontuários de pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna internados entre 01 de janeiro e 31 de

dezembro de 2017, selecionados de forma aleatória. De acordo com informações do hospital, em 2016 foram internados 2.616 pacientes com câncer. Quantidade semelhante era esperada para 2017, sendo esse o número considerado pelo estudo para a definição do tamanho da amostra.

Com base na Resolução nº 1.638/02 do CFM¹ e em dados sistematizados pelo INCA, foram elencados 25 itens, relativos à identificação do paciente (nome, nome da mãe, grupo racial, data de nascimento, procedência, residência, naturalidade, estado civil, religião, sexo e profissão) e ao atendimento (queixa/motivo da admissão; antecedentes; história da doença atual, familiar e patológica pregressa; exame físico; hipótese diagnóstica; conduta; evolução; resumo de alta ou óbito; Classificação Internacional de Doenças indicando diagnóstico definitivo; Classificação de Tumores Malignos; localização e anatomopatológico do tumor primário). Dados de exame físico, conduta e evoluções, os quais podem mudar com frequência e dizem respeito a múltiplas avaliações, mesmo que estivessem presentes, não foram considerados quando eram caracterizados apenas como um número ou uma letra, não transmitiam mensagem ou quando indicavam mensagem repetida.

A estatística descritiva compreendeu a frequência de registro de cada item. Além disso, foram realizadas somatórias dos itens totais e dos relativos à doença, sendo a qualidade do preenchimento classificada em péssimo (0-24,9% dos itens presentes); ruim (25-49,9%); regular (50-74,9%) e; bom (75-100%).

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (Parecer Consubstanciado 2.752.284, de 03 de julho de 2018).

Resultados

Nos 258 prontuários analisados, os itens, relativos à identificação do paciente, nome, grupo racial, data de nascimento, residência, naturalidade, estado civil, religião e sexo, estiveram presentes em todos. Deste grupo, aqueles com maior frequência, porém não presentes em todos os prontuários, foram nome da mãe (99,6%) e profissão (98,6%). O item que apresentou menor frequência, destoando dos demais, foi a procedência (41,9%) - Tabela 1.

Tabela 1: Frequência de preenchimento de itens relativos à identificação em prontuários de pacientes oncológicos internados em hospital geral. Rio Grande do Sul, 2017 (n=258).

Variável	n	%
Nome do paciente	258	100
Grupo racial	258	100
Data de nascimento	258	100
Residência	258	100
Naturalidade	258	100
Estado civil	258	100
Religião	258	100
Sexo	258	100
Nome da mãe	257	99,6
Profissão	254	98,5
Procedência	108	41,9

Conforme a Tabela 2, a frequência dos itens relacionados diretamente ao atendimento médico hospitalar, foi consideravelmente inferior. Destaca-se, como mais frequente, o preenchimento da localização do tumor primário (93%), e como menos frequente história familiar (26%).

Tabela 2: Frequência de preenchimento de itens relativos ao atendimento médico hospitalar de pacientes oncológicos internados em hospital geral. Rio Grande do Sul, 2017 (n=258).

Variável	n	%
Localização do tumor primário	240	93,0
Conduta	232	89,9
Queixa/motivo da admissão	219	84,9
Resumo da alta/óbito	217	84,1
CID*	213	82,6
Evolução, cronológica e renovada	208	80,6
Histologia do tumor	201	77,9
Exame físico (EF)	190	73,6
Hipótese diagnóstica (HD)	181	70,2
Antecedentes	162	62,8
História patológica pregressa (HPP)	161	62,4
História da doença atual (HDA)	160	62,0
TNM**	84	32,6
História familiar (HF)	67	26,0

* **CID – Classificação Internacional de Doenças**

** **TNM – Classificação de Tumores Malignos**

Do total, 67% dos prontuários foram classificados como bons para a totalidade dos itens e, 61% para os dados relativos ao atendimento (Tabela 3).

Tabela 3: Qualidade do preenchimento de prontuários de pacientes oncológicos internados em hospital geral. Rio Grande do Sul, 2017 (n=258).

Classificação	Total de itens avaliados		Itens relativos ao atendimento	
	n	%	n	%
Péssimo	0	0	26	10,1
Ruim	20	7,8	30	11,6
Regular	60	23,7	45	17,4
Bom	178	67,0	157	61,0
Total	258	100	258	100

Discussão

Os itens relativos à identificação do paciente foram registrados na maioria dos prontuários, situação diametralmente oposta a estudos precedentes^{9, 13, 14}. Infere-se que tais achados sejam devido à obrigatoriedade do seu preenchimento pelo setor de internação, ao uso da informática³ e ao perfil administrativo da atividade. Ao exercê-lo, tais setores utilizam uma sistemática repetitiva, baseada em fichas e *checklists*^{9, 15}, obtendo relativa uniformidade se comparada às metodologias de trabalho da área médica. De toda forma, essa conjuntura não retira a responsabilidade do médico no preenchimento do prontuário⁸.

Nesse contexto, chama atenção que procedência foi o item menos preenchido (41,9%), sendo que é o único não coletado no setor de internação, devendo ser levantado na anamnese médica¹. Sua ausência revela um risco em potencial³, já que nesses casos não há registro do contexto da chegada do paciente, dado especialmente relevante em atendimentos complexos como na oncologia.

No que se refere às informações do atendimento, sendo 61% dos prontuários classificados como bons, observa-se, de maneira geral, melhores registros em relação aos resultados de estudos anteriores^{2, 4, 5, 6, 7, 9, 13, 14}. Entretanto, destacam-se ausências consideráveis de dados sobre antecedentes (62,8%), HPP (62,4%), HDA (62%), classificação TNM (32,6%) e HF (26%). Supõe-se que a ausência dessas informações

se deva ao fato de não terem impacto direto no atendimento, além de serem menos relevantes em potenciais questionamentos judiciais².

Por outro lado, presume-se que riscos inerentes a ações mais complexas⁹ e àquelas discricionárias ao médico, quando lhe são atribuídas as principais responsabilidades, além de informações que dizem respeito à contabilidade financeira⁹, tais quais conduta (89,9%), abordagem da queixa (84,9%) e resumo de alta e óbito (84,1%) conduziram a uma maior preocupação com os registros⁹, sendo, portanto, mais frequentemente preenchidas. Esse padrão de melhor preenchimento dessas informações foi também verificado em outros estudos^{9,13,14}.

Deve-se também atentar ao fato de que a influência da tecnologia sobre o atendimento médico vem cada vez mais menosprezando o papel da anamnese e da clínica, representando risco à relação médico-paciente e por consequência da qualidade do atendimento^{3, 14}, possivelmente, neste estudo, se refletindo no preenchimento insuficiente da HD (70,2%) e do EF (73,6%), por exemplo. Esse cenário contrapõe-se ao ideal de humanizar os atendimentos de saúde^{3,17}.

Com relação à histologia do tumor (77,9%), observou-se com frequência que as peças cirúrgicas utilizadas na sua definição eram enviadas a laboratório de patologia externo e que, posteriormente, essa informação se perdia ao não ser preenchida no prontuário.

A evolução (80,6%), que obrigatoriamente deve ser renovada diariamente nos serviços para que sejam dispensadas as medicações e realizadas as condutas prescritas, apresentou melhores índices de preenchimento. Entretanto, em aproximadamente 20% dos prontuários verificou-se que constava evolução renovada cronologicamente, mas não em conteúdo, levantando suspeita quanto a real avaliação desses pacientes. Verificou-se a mesma situação com EF (73,6%), que comumente não era renovado em relação aos anteriores.

Chama atenção que 82,6% da amostra constava com o diagnóstico definitivo através do CID preenchido. É sabido que esse dado é formulado em 100% dos casos por exigência administrativa, existe e é colocado na ficha de alta. O mesmo deveria constar obrigatoriamente na totalidade dos prontuários quando é finalizado o atendimento, conforme verificado em outros estudos⁶. Supõe-se que tal cenário se deva puramente à falta de atenção de alguns poucos profissionais.

O alto índice do preenchimento da localização do tumor primário (93%) deve ser atribuído ao fato de ser informação básica, primordial, relevante e facilmente

levantada pelo profissional. Mesmo sendo o mais presente dos itens relativos ao atendimento, é preocupante que 7% dos prontuários de pacientes oncológicos internados não descrevam a topografia do câncer.

Embora melhores que os resultados identificados em outros estudos^{9, 13, 14}, ainda é deficiente o preenchimento de muitos itens do prontuário. Biógrafo clínico do doente que o contrata para realizar o serviço de atendê-lo, o médico constrói um paradoxo quando deixa de documentar seu atendimento: crê na ciência e em si próprio em sobreposição às informações do paciente, o que nada tem de científico^{3, 8}.

Pela característica do hospital, com atuação de médicos residentes e de internos de medicina, pode-se inferir também que as novas gerações, inseridas desde logo num contexto de valorização do prontuário, o vejam de maneira diferente e por isso o qualifiquem mais³. Positivado como potencial crime de falsidade ideológica pelo artigo 299 do Código Penal¹⁸, quando mal preenchidos podem refletir uma relação médico paciente ruim³, acarretar em perda de informações relevantes para a pesquisa e para a formulação dos indicadores de saúde da população, sobrecarregar a gestão hospitalar e, ainda, elevar os custos do serviço^{9, 14}.

Cada vez mais integrado ao funcionamento das instituições de saúde, se facilitou e melhorou o preenchimento do prontuário com a informatização^{1, 3, 4, 5, 6, 7, 16, 19}. Nenhum outro estudo com prontuários em papel encontrou resultados tão satisfatórios^{2, 4, 5, 6, 7, 9, 13, 14}. Trama superada em serviços como esse, que adotam o prontuário eletrônico, pois, à época do prontuário em papel, até mesmo a caligrafia médica se instituiu como um entrave, o que ocasionava perda de tempo e facilitava a ocorrência de iatrogenias, entre outras complicações^{2, 6}.

Conforme sugerido na literatura, o uso de *checklists* – padronização dos formatos dos prontuários, com fixação de um quantitativo mínimo de informações obrigatórias³ – demonstrou melhoria de 49,9% no preenchimento de prontuários de pacientes com câncer¹⁵. Essas ferramentas fornecem uma espécie de rede cognitiva que auxilia a evitar lapsos mentais inerentes ao ser humano. Tais redes, principalmente na oncologia, podem evitar danos irreparáveis¹⁵, melhorando o preenchimento de itens que, sob um contexto de internação, podem parecer desimportantes, tais quais HF e procedência. Cabe reforçar que as informações sobre identificação, as mais frequentemente preenchidas nos prontuários analisados, são coletadas nessa sistemática.

O trabalho realizado não consiste de uma visão crítica à conduta particular dos profissionais, ato este vedado pelo Código de Ética Médica⁸. Trata-se sim, da análise objetiva do preenchimento de um documento fundamental para a qualidade e para o armazenamento de informações.

Conclusão

Os resultados servem de reflexão e de estímulo ao meio acadêmico e médico. Corrigíveis, as inadequações observadas e quantificadas, além da discussão apresentada, podem ser levadas em consideração nas ações que objetivam melhorar o preenchimento dos prontuários para que seja fortalecida a cultura de zelo para com esse documento.

Não deve ser ignorada a adoção de tecnologias como a informática e de técnicas como o *check-list*, ações de conscientização – ainda na formação acadêmica e, intervenção continuada pelas juntas de prontuário. Embora os resultados encontrados sejam melhores que os descritos por outros estudos semelhantes, o que é positivo, o preenchimento dos prontuários é aquém do esperado. Sendo responsabilidade ética e técnica do médico, qualificá-los é mandatório para aperfeiçoar o sistema de saúde.

Referências

- 1 Brasil. Resolução CFM nº 1638, de 10 de julho de 2002. Diário Oficial da União nº 153, seção I, 09/08/2002, p. 184-5.
- 2 Souza EC, Tonini L, Pinheiro D. Avaliação da qualidade do preenchimento dos prontuários em um hospital de Goiânia, segundo os parâmetros da acreditação hospitalar. RevAcred. 2014; 4 (7):66-87
- 3 Sampaio AC. Qualidade dos prontuários médicos como reflexo das relações médico-usuário em 5 hospitais de Recife/PE. Tese. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
- 4 Pinto MLR, Jorge MJ. A qualidade da informação do prontuário eletrônico do paciente – um estudo de caso sobre avaliação da inovação. 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/9872>
- 5 Mourão AD, Neves JTR. Impactos da implantação do prontuário eletrônico do paciente sobre o trabalho dos profissionais de saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Faculdade Cenecista de Varginha – FACECA, 2007; [citado 15 jun. 2010]. Disponível em: http://www.economia.aedb.br/seget/artigos07/56_SEGET.pdf

- 6 Junior AP, Ermetice E. Indicadores de uso do prontuário eletrônico do paciente. *Jorn Health Inform.* 2011 Jan-Mar; 3(1): 9-12
- 7 Albuquerque EAY, Albuquerque GA, Souza LC, Santos SS, Rego YLS. Prontuário eletrônico do paciente em ambientes hospitalares e certificação de softwares em saúde: avanços que visam maior segurança dos dados médicos. *R BrasInovTecnol Saúde.* 2017. 7(2). Disponível em: <https://ufrn.homologacao.emnuvens.com.br/reb/article/view/11074>
- 8 Brasil. Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009. *Diário Oficial da União* de 24/09/2009, seção I, p. 90
- 9 Sampaio AC, Barros MDA, Paz AM, Souza JL, Santos JS. Avaliação do preenchimento de prontuários e fichas clínicas médicas no IV Distrito Sanitário, Recife/PE. Projeto de pesquisa. Recife: Universidade de Pernambuco; 2007.
- 10 Murr LP. A inversão do ônus da prova na caracterização do erro médico pela legislação brasileira. *Revista Bioética* 2010; 18 (1): 31 – 47.
- 11 Brasil. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- 12 Araujo TV, Pires SR, Paiva PB. Adoção de padrões para Registro Eletrônico em Saúde no Brasil. *RevEletron de ComunInfInov Saúde.* 2014 out-dez; 8(4): 554-566
- 13 Pavão ALB, Andrade D, Mendes W, Martins M, Travassos C. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. *RevBrasEpidemiol.* 2011; 14(4): 651-61.
- 14 Silva FG, Neto JT. Avaliação dos Prontuários Médicos de Hospitais de Ensino do Brasil. *RevBrasEduc Medica.* 2007; 31 (2) : 113 – 126.
- 15 Junior LLS. Melhoria da qualidade do registro médico de pacientes com câncer de próstata em Hospitais de referência em Oncologia. Dissertação. Natal: UFRN; 2016.
- 16 Jatene DA, Consoni FL, Bernardes RC. Avaliação da implementação do Prontuário Eletrônico do Paciente e impactos na gestão dos serviços hospitalares: a experiência do InCor – Instituto do Coração. 2012. Disponível em: http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2012_GCT2188.pdf
- 17 Martins CP, Luzio CA. *HumanizaSUSpolicy: anchoring a ship in space.* Interface (Botucatu). 2017; 21(60):13-22.
- 18 Brasil. Lei 2848, de 07 de dezembro de 1940. Institui o Código Penal brasileiro.
- 19 Paes LRA. O uso da informática no processo de tomada de decisão médica em cardiologia. Dissertação. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas; 2002.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A coleta dos dados foi realizada ao longo do mês de fevereiro de 2019 pelo autor do Projeto, sem intercorrências. Em relação ao projeto inicial cabe ressaltar que se manteve como critério de exclusão os prontuários de pacientes oncológicos que não foram internados em 2017 com maligna. Entretanto, dentre os que foram internados e tiveram avaliações ambulatoriais, as mesmas foram consideradas na análise de dados por entender-se que tais informações estavam documentadas no sistema, mas foram coletadas em momentos diferentes. Não seria correto desconsiderá-las.

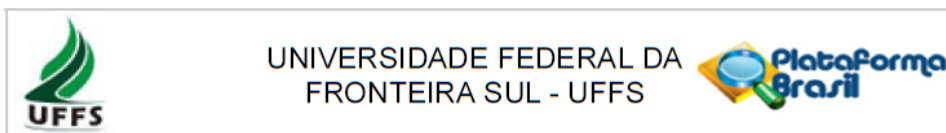
Quanto ao número de prontuários analisados, objetivou-se à época do projeto de pesquisa, no ano de 2018, que fossem analisados os prontuários mais recentes possíveis. Entretanto, à época da realização do estudo, não se conhecia com exatidão esse número pois o setor de prontuários ainda contabilizava os atendimentos de 2017 à época da realização do trabalho, e projetou-se que em 2017 foram atendidos tantos pacientes quanto em 2016, chegando ao número de 258 prontuários (10% do total projetado para o ano).

Após serem analisados todos os prontuários, os dados foram transcritos das fichas individuais de avaliação para o *software* excel, e, posteriormente, analisados pelo PSPP (distribuição livre) na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso 2, entre março e maio de 2019. O artigo original apresentado foi redigido com vistas a ser publicado na Revista da Associação Médica Brasileira (RAMB). Foi levado em consideração na sua escolha o *qualis* que a mesma apresenta nas áreas de abrangência do trabalho.

Os autores oferecem à comunidade a discussão sobre o assunto, considerada relevante à melhoria da qualidade da saúde. Pelas inúmeras determinantes que condicionam a forma com que é preenchido, não há uniformidade na literatura que descreva como quantificar o grau de preenchimento dos prontuários. De toda forma, a metodologia utilizada buscou ser o mais justa e abrangente possível de maneira a serem valorados seus objetivos.

5. ANEXOS

5.1 Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil epidemiológico e de assistência de usuários da Rede de Saúde.

Pesquisador: Ivana Loraine Lindemann

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 85587916.2.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.752.284

Apresentação do Projeto:

Já apresentado no parecer nº 2.585.255.

Objetivo da Pesquisa:

Já apresentado no parecer nº 2.585.255.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já apresentado no parecer nº 2.585.255.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora responsável atendeu todas as pendências indicadas pelo CEP e procedeu as modificações na PB.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora responsável atendeu todas as pendências indicadas pelo CEP e anexou os documentos faltantes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu todas as pendências indicadas pelo CEP. Não há impedimentos éticos ao desenvolvimento do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 2.752.284

pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_806790.pdf	20/06/2018 13:59:31		Aceito
Outros	ccmarau.PDF	20/06/2018 13:54:20	Ivana Loraine Lindemann	Aceito

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 2.752.284

Outros	ccpf.pdf	20/06/2018 13:54:01	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Outros	cchc.pdf	20/06/2018 13:53:35	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Outros	cchsvp.pdf	20/06/2018 13:52:44	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Outros	cartapendencia.doc	20/06/2018 13:52:11	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cep2.doc	20/06/2018 13:51:14	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.PDF	16/03/2018 14:34:33	GUSTAVO OLSZANSKI ACRANI	Aceito
Outros	apendice_III_terminos_dados_arquivo.doc	16/03/2018 14:26:04	GUSTAVO OLSZANSKI ACRANI	Aceito
Outros	apendice_I_ficha_de_dados.doc	16/03/2018 14:25:48	GUSTAVO OLSZANSKI ACRANI	Aceito
Outros	Apendice_II_dispenza_TCLE.doc	16/03/2018 14:24:55	GUSTAVO OLSZANSKI ACRANI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 03 de Julho de 2018

Assinado por:

Valéria Silvana Faganello Madureira
(Coordenador)

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br