



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde

Curso Técnico de Registros e Informações em Saúde

PRONTUÁRIO DO PACIENTE: DO TRADICIONAL AO ELETRÔNICO

Enaly Silva Ribeiro

Rio de Janeiro
2007

Monografia apresentada ao Curso Técnico de Registros e Informações em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ como requisito parcial à obtenção do título de Técnico de Registros e Informações em Saúde.

Orientadora: Claudete Vilche Fonseca

Rio de Janeiro
2007

DEDICATÓRIA

*“Dedico este estudo aos meus familiares,
mestres e amigos...”*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por tudo em minha vida;

Aos meus familiares, pelo apoio e incentivo de sempre;

Ao meu grande amigo Alessandro Queiroz pela paciência e compreensão em todos os momentos;

A minha orientadora Claudete Vilche, pela orientação, perseverança, estímulo e confiança;

Aos professores e mestres, pela excelência no ensino;

Aos companheiros e amigos de curso, pela amizade;

E a todos que contribuíram de forma direta ou indireta para realização deste trabalho.

RESUMO

A elaboração do prontuário do paciente que corresponda ao atendimento prestado em favor do paciente reveste-se num importante instrumento de defesa do médico e do estabelecimento de saúde que lhe prestaram assistência. É de extrema importância que o médico, além de realizar um procedimento perfeito e completo, também elabore sistemáticos prontuários para todos os pacientes assistidos, em que ele deverá fazer a descrição de todos os atos, condutas e prescrições realizadas. Acredita-se, assim, que o prontuário eletrônico está muito próximo de se tornar vital no cotidiano daqueles que dele se utilizam e dos profissionais que nele relatam os fatos e sua evolução.

Palavras-Chave: Prontuário do paciente, Saúde, Eletrônico.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	06
1. REFERENCIAL TEÓRICO	07
1.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE	07
1.2 CONCEITOS E DEFINIÇÕES DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE	08
1.3 CARACTERÍSTICAS GERAIS	10
1.4 A IMPORTÂNCIA DO SIGILO MÉDICO	12
1.5 PRONTUÁRIO TRADICIONAL	13
2. O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE	14
2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA	14
2.2 CONCEITOS E DEFINIÇÕES DO PEP	15
2.4 FUNÇÕES E OBJETIVOS DO PEP	16
CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

INTRODUÇÃO

O prontuário do paciente é um instrumento valioso para o paciente, para o médico e demais profissionais de saúde. O correto e completo preenchimento do prontuário tornam-se grandes aliados do médico para sua eventual defesa judicial junto à autoridade competente, assim sendo é segurança para o paciente e para a equipe médica envolvida.

Sendo assim, atenta-se para o fato de que é importante para a instituição que atende, bem como para o ensino, a pesquisa, a elaboração de censos, propostas de assistência à saúde pública e para a avaliação da qualidade da assistência médica prestada. O prontuário eletrônico eficiente tem mais que função de diminuir a papelada armazenada nas unidades de saúde, mais ainda que facilitar acesso a informações de um paciente. Porém para ser considerado eficiente é necessário que sejam criados mecanismos políticos, éticos, tecnológicos e legislativos para que um prontuário eletrônico possa realmente atender aos pontos críticos levantados, servindo de maneira uniforme para rede pública e privada, sem restrições apenas aos sistemas dos hospitais e clínicas, mas sim ajudando a prover um atendimento mais eficaz ao paciente e fornecendo dados estatísticos ajudando entidades de pesquisas científicas e sistemas públicos de saúde.

Assim, o trabalho monográfico será baseado na técnica de documentação indireta abrangendo a pesquisa documental e bibliográfica em livros, artigos de revistas, jornais e *web sites* que tratam do assunto em questão.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Hipócrates, no século V a.C., dizia que o registro médico deveria refletir exatamente o curso da doença e indicar as suas possíveis causas. Seu registro era sempre feito em ordem cronológica, ou seja, era um registro médico orientado ao tempo. No final do século XIX, o cirurgião americano William Mayo fundou o que hoje é a reconhecida Mayo Clinic que, inicialmente, como era comum em outros hospitais, tinha o seu prontuário separado por cada médico, podendo o paciente ter um prontuário para cada médico da instituição. Em 1907, a Mayo Clinic adotou um prontuário único para cada paciente. Nascia, então, o registro médico centrado no paciente.

Três anos depois, em 1910, Flexner elaborou um relatório sobre educação médica e, nele, fez a primeira declaração formal sobre a função e o conteúdo do registro médico. O conteúdo do registro médico foi muito discutido até 1940 quando, então, foram exigidos registros médicos bem organizados como requisito para se obter acreditação hospitalar.

Assim sendo, com a chegada da Informática aos hospitais, uma nova história começou a se formar devido ao surgimento de novos conceitos e paradigmas que serão tratados nesse estudo em outra oportunidade.

1.2 CONCEITOS E DEFINIÇÕES DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Definir prontuário médico como o 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. (Resolução 1638/2002, CFM).

As anotações no prontuário ou ficha clínica devem ser feitas de forma legível, permitindo, inclusive, identificar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente.

O médico está obrigado a assinar e carimbar ou, então, assinar, escrever seu nome legível e sua respectiva inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM). É importante enfatizar que não há lei que obrigue o uso do carimbo. Nesse caso, o nome do médico e seu respectivo CRM devem estar legíveis.

O prontuário do paciente constitui, analogicamente, um dossiê objetivando a análise da evolução psicossocial-clínica, para análise e estudo da evolução científica e também como defesa profissional, caso venha ser responsabilizado por algum resultado atípico ou indesejado. (GAUDERER, 1998).

Havendo probabilidade de complicações quer de ordem técnica, ética ou jurídica, o prontuário é um elemento de valor fundamental nas contestações sobre possíveis irregularidades. Está comprovado, no meio jurídico, que, além dos depoimentos pessoais, um dos deveres de conduta mais cobrados pelos que avaliam um procedimento médico contestado, é o dever de informar, sendo o mais requisitado o do registro nos prontuários.

O bom profissional e a equipe multidisciplinar caso haja, devem ter a consciência e compreender que a elaboração correta do prontuário do paciente resguarda as partes contratadas, beneficiando, principalmente, o paciente. A relação

entre paciente, médico e os demais profissionais de saúde evolui numa interação pessoa a pessoa. Esta interação gera confiança mútua, confiança e respeito.

O desenvolvimento da técnica de saber ouvir é desafiante para todos os envolvidos neste tipo de relação. Se o médico e os demais profissionais de saúde forem bons ouvintes, obterão informações úteis sobre o paciente. Por conseguinte, o paciente, que é a outra parte da relação, desenvolve confiabilidade e satisfação. O desenvolvimento dessa relação deve ser estendido ao prontuário do paciente.

É importante ter a consciência de que deve haver entre o profissional de qualquer área, principalmente, o médico, detentor da liderança, na maioria dos tratamentos, manter uma postura humanista no exercício profissional em relação ao paciente.

Assim, é dever do profissional e o direito do paciente quanto às informações claras referentes ao tratamento, aos seus riscos específicos, às técnicas, aos procedimentos a serem utilizados. As conseqüências e opções que podem ser adotadas devem ser não só verbalizadas, mas também muito bem descritas no prontuário do paciente.

Pode-se, assim, afirmar que como regra básica, à eficácia do relacionamento entre médicos, demais profissionais de saúde e o paciente, está no poder de informar, que deve perdurar por todo o tratamento e porque não dizer por toda a vida, já que a informação expressa na relação pessoa/pessoa fica registrada no prontuário do paciente.

1.3 CARACTERÍSTICAS GERAIS

As práticas de assistência à saúde vêm requerendo, cada vez mais, a participação de equipes multidisciplinares. Por meio de atuação conjunta, profissional de diversas áreas: médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, entre outros, realizam atendimento ao paciente, devendo registrar, individualmente, o serviço prestado.

Assim sendo, o prontuário do paciente é o documento destinado ao registro dos cuidados prestados, quer seja em casos de internação hospitalar, em atendimento de ambulatório ou em situações de emergência. Deve constituir um documento único, devidamente identificado, que concentre todas as informações relativas à saúde de cada paciente, evidenciando as alterações e demonstrando a evolução desse paciente, durante todo o período de atendimento.

De acordo com a legislação vigente, os prontuários referentes a cada indivíduo devem permanecer conservadas integralmente em arquivos da instituição onde fora, atendidos. (GAUDERER, 1998).

Dessa maneira, além de ser um documento importante para o Sistema de Informação em Saúde, cumpre o objetivo primordial de servir como meio eficiente de comunicação entre os profissionais que atuam nos cuidados ao paciente, resultando em uma melhor atenção ao mesmo.

O prontuário do paciente; ficha clínica ou boletim de emergência é o documento legal em que os profissionais de saúde devem registrar todas as anotações referentes à história médico-legal do paciente, à sua enfermidade ou problema e o seu tratamento.

Enfatiza-se assim que é conveniente que as instituições de saúde estudem cuidadosamente em que situações se devem abrir um prontuário.

O procedimento adequado seria em qualquer atendimento de saúde abrir o prontuário, que pode ser uma ficha clínica, pronto-atendimento ou qualquer documento similar. Contudo, muitas instituições de saúde têm utilizado o sistema de triagem em que os casos mais simples são resolvidos sem a necessidade de matrícula do paciente e abertura de um prontuário. Esta medida pode evitar a abertura desnecessária de prontuários, como é o caso de pacientes que provavelmente não retornarão ao estabelecimento. Portanto, caberá a cada instituição estabelecer os critérios de acordo com as características de atendimento e necessidades de informação.

O prontuário se origina na admissão do paciente para receber serviços em unidade de internação, ambulatório, posto/centro de saúde ou unidade de emergência e deve ser mantido para cada pessoa admitida para tratamento em uma instituição de saúde.

Assim sendo, o paciente será identificado anotando-se todos os dados que permitam diferenciá-lo dos demais, em qualquer momento. Como parte da identificação, deve-se estabelecer um número de registro de acordo com o sistema de numeração adotado pela unidade de saúde.

A informação obtida por meio de todos os formulários deve constituir um prontuário único e integrado. Este tipo de prontuário inclui todo o atendimento recebido pelo paciente em sistema de internação, tratamento ambulatorial ou de emergência dentro do mesmo estabelecimento. A maioria dos estabelecimentos de saúde tem adotado o prontuário único, por tratar-se de um tipo de melhor satisfação e qualidade de informações (Textos de apoio em Registros de Saúde).

1.4 A IMPORTÂNCIA DO SIGILO MÉDICO

A obrigatoriedade na formulação do prontuário para cada paciente traz consigo não só a obrigação de documentação, como informações de todos os fatos evidenciados desde o diagnóstico, tratamento até a alta; como de sigilo e de informação, ainda que eletrônico.

O dever de guarda deste documento pertence ao estabelecimento do qual foi instituído o contrato entre as partes, ficando em disponibilidade ao paciente quando solicitado e resguardado de pessoas alheias à relação contratual entre o profissional ou a instituição e o paciente.

Assim dispõem os artigos 69, 70 e 108 do Código de Ética Médica, sob a Resolução nº 1.638/2002 do CFM (Conselho Federal de Medicina), a guarda do prontuário é por tempo indeterminado. Porém, o art. 4 da Resolução 1.639/2002 do CFM estabelece o prazo mínimo de 20 anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários do paciente em suporte de papel.

Conforme prevê o capítulo IX do Código de Ética Médica o prontuário do paciente contém informações e relatos da equipe multidisciplinar que atua junto ao paciente, devendo ser cuidadosamente preservado. Inclusive, às suas informações sigilosas devem ter acesso apenas o médico e o próprio paciente. Assim, a conservação documental e as informações reveladas pelo paciente devem ser mantidas sob sigilo, exceto por iniciativa do interessado ou por determinação judicial (sob restrições), é de fundamental importância.

O sigilo médico, na característica de instituto jurídico, está relacionado não só ao testemunho médico, como aos anexos que compõem o prontuário como:

papeletas, boletins, folhas de rosto, evolução clínica e qualquer forma de anotação referente à evolução psicossocial–físico–clínico do referido paciente. Sabiamente filosofava Hipócrates, inclusive tornando-se juramento: “O que, no exercício ou fora do exercício e no comércio da vida, eu vir ou ouvir, que não seja necessário revelar, conservarei como segredo”. A obrigação do sigilo está nos artigos 102 e 109 do Código de Ética Médica.

Assim, respondem a instituição, a equipe multidisciplinar e/ou um dos membros civilmente e/ou criminalmente, dependendo do caso pelos danos provocados ao paciente por divulgação não autorizada; já que tal violação ofende cabalmente o direito à intimidade – um dos direitos da personalidade. Cabendo, assim, o dever indenizatório por prejuízo causado. (GAUDERER, 1998).

1.5 PRONTUÁRIO TRADICIONAL

Um prontuário em papel bem estruturado apresenta algumas vantagens, ainda que contestáveis, em relação ao eletrônico. Van Bemmel (1997) compara as vantagens do prontuário em papel: facilidade para serem transportados, maior liberdade na forma de escrever, facilidade no manuseio, não requer treinamento especial e nunca fica "fora do ar" (como os computadores). De fato, um prontuário em papel bem organizado pode ser melhor que um prontuário informatizado mal estruturado. Mas também é fato que a computação bem empregada nesse meio supera em qualidade, de forma indiscutível, o prontuário em papel, além de agregar um número enorme de novos recursos. O prontuário em papel apresenta diversas limitações, tanto práticas como lógicas, sendo ineficiente para o armazenamento e

organização de grande número de dados de tipos diferentes; apresentando diversas desvantagens em relação ao prontuário eletrônico. São elas: o prontuário pode estar somente num único lugar ao mesmo tempo, ilegibilidade, ambigüidade, perda freqüente da informação, multiplicidade de pastas, dificuldade de pesquisa coletiva, falta de padronização, dificuldade de acesso e fragilidade do papel.

2. PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE

2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA

O Institute of Medicine (IOM, 1997) define por prontuário eletrônico do paciente “um registro eletrônico que reside em um sistema especificamente projetado para apoiar os usuário fornecendo acesso a um completo conjunto de dados corretos, alertas, sistemas de apoio á decisão e outros recursos como links para bases de conhecimento médico”.

Na década de 60, começaram a aparecer os primeiros sistemas de informação hospitalar, inicialmente com a finalidade de comunicação entre as diversas funções do hospital, tais como prescrição médica, faturamento, controle de estoque, etc. No entanto, não havia ainda uma finalidade clínica real. Mas, logo em seguida, esses sistemas evoluíram e passaram a armazenar algumas partes do prontuário. Em 1969, Lawrence Weed descreveu o chamado Registro Médico Orientado ao Problema (Problem-Oriented Medical Record, POMR), no qual sugeria

que todos os registros no prontuário ficassem organizados de modo a serem indexados por cada problema médico do paciente.

Devido à crescente importância do PEP, o Institute of Medicine dos Estados Unidos encomendou, em 1991, um estudo a um comitê de especialistas com o intuito de definir o PEP, bem como propor medidas para a sua melhoria, em resposta à expansão da demanda por informações, levando em consideração as novas tecnologias.

Nos últimos anos, com o rápido crescimento do parque computacional mundial motivado pelo surgimento dos microcomputadores pessoais, sistema operacional Windows e a Internet, viu-se um crescimento exponencial de aplicações de informática na área de saúde. Desta forma o PEP tem a função de facilitar o acesso a informações do paciente, de maneira segura, rápida e eficiente. Auxiliando médicos a conhecer melhor o histórico do paciente com isso prover um diagnóstico e atendimento mais preciso e pessoal.

2.2 CONCEITOS E DEFINIÇÕES DO PEP

Há várias definições para o PEP, no entanto, todas destacam o uso da informática como forma de organizar e armazenar a informação contida no prontuário em papel, bem como enfatizam que o PEP também possui outros recursos. Além de várias definições, o PEP também possui várias denominações. O termo Prontuário Eletrônico do Paciente é o mais comum e quase único usado em português, mas, nos países de língua inglesa, o PEP também é conhecido como: Computer-Based Patient Record (CBPR), Electronic Medical Record Systems

(EMRS), Electronic Patient Record e Electronic Health Record. Porém conforme Leão (1997), a digitalização de documentos não pode ser considerada um prontuário eletrônico, uma vez que não traz mudanças e não possibilita a estruturação da informação.

2.3 FUNÇÕES E OBJETIVOS DO PEP

São numerosas as vantagens de um prontuário eletrônico em relação ao baseado em papel, que vão desde questões ligadas ao melhor acesso, até maior segurança e, principalmente, oferta de novos recursos, os quais são impossíveis de existir no prontuário em papel, tais como: apoio à decisão, troca eletrônica dos dados entre instituições, etc. É importante destacar que, ao contrário do que se imagina, o PEP é muito mais seguro e tem maior possibilidade de manter a confidencialidade do que os prontuários em papel, no qual o risco de um acesso não autorizado ocorrer é maior que num sistema eletrônico. É possível também, através do PEP, obter-se uma melhoria na qualidade da assistência à saúde do paciente, melhor gerenciamento dos recursos, melhoria de processos administrativos e financeiros e, ainda, a possibilidade para avaliação da qualidade.

Um prontuário eletrônico tem como objetivos:

- Acesso seguro, mas independente (usuário ou entidades autorizadas por este pode acessar as informações através de internet, telefones ou cartões de informações por chip)
- Obedecer a um padrão no formato de armazenamento das informações, facilitando o compartilhamento das mesmas.

- Conter informações gerais como fotos, dados demográficos, clínicos, e registros de atendimentos, procedimentos, exames e medicamentos sobre o qual o paciente fez ou faz uso. Com essa evolução, os antigos registros médicos ou prontuários baseados em papel, passaram a ser informatizados, criando-se o conceito do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), que além de registrar as informações em meio eletrônico, introduziu também novos conceitos, permitindo que novos recursos fossem introduzidos e oferecidos aos profissionais de saúde no momento do registro dessas informações.

Suas principais vantagens são:

- Acesso remoto e simultâneo: vários profissionais podem acessar um mesmo prontuário simultaneamente e de forma remota. Com a possibilidade de transmissão via Web, os médicos podem rever e editar os prontuários de seus pacientes a partir de qualquer lugar do mundo.
- Legibilidade: registros feitos à mão são difíceis de ler, na maioria das vezes. Os dados na tela ou mesmo impressos são muito mais fáceis de ler.
- Segurança de dados: sistema bem projetado com recursos de backup seguros e planos de desastres, garantindo melhor e de forma mais confiável que os dados não vão sofrer danos e perdas.
- Confidencialidade dos dados do paciente: o acesso ao prontuário pode ser dado por níveis de direitos dos usuários e este acesso ser monitorado continuamente. Auditorias podem ser feitas para identificar acessos não autorizados.

- Flexibilidade de layout: o usuário pode usufruir formas diferentes de apresentação dos dados, visualizando em ordem cronológica crescentes ou não, orientado ao problema e orientado à fonte.
- Captura automática de dados: dados fisiológicos podem ser automaticamente capturados dos monitores, equipamentos de imagens e resultados laboratoriais, evitando erros de transcrição.
- Processamento contínuo dos dados: os dados devem ser estruturados de forma não ambígua; os programas podem checar continuamente consistência e erros de dados, emitindo alertas e avisos aos profissionais.
- Assistência à pesquisa: o dado estruturado pode facilitar os estudos epidemiológicos. Os dados em texto-livre podem ser estudados por meio de uso de palavras-chave.
- Saídas de dados diferentes: o dado processado pode ser apresentado ao usuário em diferentes formatos: voz, imagem, gráfico, impresso, e-mail, alarmes e outros.
- Relatórios: os dados podem ser impressos de diversas fontes e em diferentes formatos, de acordo com o objetivo de apresentação - gráficos, listas, tabelas, imagens isoladas, imagens sobrepostas, etc.
- Dados atualizados: por ser integrado possui dados atualizados - um dado que entra no sistema em um ponto, automaticamente atualiza e compartilha a informação nos outros pontos do sistema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A modernização é uma tendência da atualidade que requer investimentos, tanto do ponto de vista humano como financeiro e organizacional para fazer parte do atendimento de qualidade à saúde da população. A utilização da informática no processo do atendimento dos pacientes auxilia os profissionais da saúde no exercício de sua profissão, facilitando a coleta e o armazenamento das informações, a tomada da decisão, a troca de informações entre profissionais, instituições e pacientes. Porém vale a pena ressaltar que é uma jornada longa e requer muitos investimentos, tendo em vista que resolverá o problema da baixa qualidade dos registros médicos, do acesso rápido a uma informação já estruturada e da necessidade de espaço físico crescente para a guarda dos papéis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 28/12/2006. On-line. Disponível em http://www.amb.org.br/inst_noticias_amb_template.php3?pagina=not_040608_04

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 28/12/2006. On-line. Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=cfm&portal>

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Textos de Apoio em Registros de Saúde**, Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1999.

GAUDERER, Ernest Christian. **Os direitos do paciente – Um manual de sobrevivência**, 6ª ed – Rio de Janeiro: Record, 1998.

Institute of Medicine. The computer-based patient record: an essential technology for health care, revised edition, Division of Health Care Services, Institute of Medicine, National Academy of Science, Washington, D.C., USA, 1997.

INFORMA BR, 30/12/2006. On-line. Disponível em <http://www.informabr.com.br/nbr.htm>.

MARIN, H. F.; MASSAD, E.; AZEVEDO NETO, R. S. Prontuário Eletrônico do Paciente: definições e conceitos. In: O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE NA ASSISTÊNCIA, INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO MÉDICO. São Paulo: USP, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE, 30/06/2005. On-line. Disponível em <http://www.sbis.org.br/grupos.htm>

Webbibliografia, **Assuntos Diversos sobre Direito Médico** – Prontuário Médico – Prontuário Eletrônico, em 04 de novembro de 2003.