

Importância do registro em prontuário para implantação de um sistema de informações

MARISE SOUTO REBELO¹, PEDRO CARVALHO RODRIGUES², CLAUDETE VILCHE FONSECA³, PAULO ANTONIO DE PAIVA REBELO⁴

Resumo

Os autores abordam a falta de registro em prontuário e salientam os problemas decorrentes deste procedimento, acarretando prejuízo, em especial no planejamento e na implantação de um sistema de informações, através do qual se obtém uma série de vantagens, tais como: avaliação do trabalho profissional realizado e a possibilidade de determinação dos principais indicadores de saúde de uma população.

Unitermos: registros hospitalares; sistema de informações

Introdução

A prática de fazer relato escrito a respeito das doenças é conhecida desde a Antiguidade. Pesquisas que alcançam 25.000 anos antes de Cristo asseguram a existência, em cavernas paleolíticas, de registros que parecem representar "trabalhos médicos" através de desenhos que retratam amputações de dedos e trepanações [1].

O papiro de Edwin Smith registra 48 histórias de casos cirúrgicos com data do terceiro milênio a.C. [1].

Afecções são descritas, assim como a respectiva aplicação de medicamentos, em registros encontrados no papiro de Ebers, que data de 1.500 a.C. [1].

Hipócrates, "o Pai da Medicina", pelo ano 460 a.C. escreveu alguns apontamentos sobre doenças de pacientes em sua obra "Epidemias" [2].

Também são conhecidos relatos de Galeno, Paracelso, Plínio, Agrícola, Etmüller e muitos outros que, ao longo da história da civilização, forneceram importantes contribuições para o progresso da ciência médica [3].

Em relação à sistematização da documentação médica em nível das instituições de saúde, há relatos de que o Hospital São Bartolomeu de Londres, no ano de 1137, já dispunha de uma certa documentação relativa aos seus pacientes [1, 2].

Na Itália de 1580, Camilo de Lellis exigia nos hospitais, dentre outras coisas, que a prescrição médica individual, prescrição de regime alimentar e relatórios de enfermagem fossem feitos [2].

Apesar de haver registros sobre doenças e pacientes ao longo da história da humanidade, sua integração através do prontuário médico em serviço centralizado só ocorreu no século passado.

Em 1808, o New York Hospital já dispunha de rotinas definidas de registro da identificação do paciente, data de admissão, aspectos aparentes, diagnóstico e tratamento [1].

Em 1897 foi organizado, nos Estados Unidos, no Massachusetts General Hospital, um serviço de arquivo médico e estatística [2].

No ano de 1913 foi fundado o Colégio Americano de Cirurgias (USA), por Francklin H. Martin [4], sendo então fixados padrões mínimos para credenciamento de hospitais, exigindo registro cuidadoso e completo dos casos atendidos e arquivamento de forma que as informações estivessem acessíveis [1, 2], demonstrando uma nítida preocupação com a preservação e resgate das informações.

Também no Brasil, a prática de fazer anotações pessoais sobre o atendimento prestado ao paciente é muito anterior à implantação dos serviços de documentação. O primeiro arquivo médico que se tem notícia foi implantado no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, por Lourdes de Freitas Carvalho, no ano de 1943. Em 1945 foi implantado o arquivo da Santa Casa de Santos e a seguir o do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, terceiro arquivo médico do país [1, 2].

Vale ressaltar que em alguns hospitais houve a preocupação de resgatar a documentação existente nos

¹Médica-chefe da Seção de Registro de Câncer de Base Hospitalar do Pro-Onco/INCa - MS; ²Bioestatístico-chefe do Serviço de Ensino e Treinamento do Instituto Nacional de Câncer - MS; ³Arquivista-chefe da Seção de Arquivo Médico do Hospital do Câncer do INCa - MS; ⁴Médico do Serviço de Documentação e Estatística do Hospital do Câncer do INCa - MS. Endereço do autor para correspondência: Coordenadoria de Programas de Controle de Câncer-Pro-ONCO/INCa/MS - Av. Venezuela, 134 - bloco A - 9º andar - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20081-310.

serviços assistenciais através de fichas e envelopes, motivo pelo qual hoje dispomos de documentação de pacientes anterior à data de criação dos respectivos serviços de arquivo médico.

Com o passar dos anos, e com a consolidação das equipes multidisciplinares de atendimento ao paciente, outros profissionais passaram a fazer suas anotações no prontuário do paciente, que funciona como importante veículo de comunicação e integração entre médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e tantos outros profissionais que compõem a equipe de saúde. Por isso mesmo, hoje se questiona muito a denominação de prontuário médico e sua substituição por prontuário do paciente [2].

Situação atual

Seria impensado, nos nossos dias, a existência de um hospital sem registro do atendimento prestado aos seus pacientes.

Entretanto, a estrutura organizacional e as atividades desenvolvidas pelo serviço de arquivo médico e estatística (SAME), assim como sua denominação, apresentam grande diversidade entre as várias instituições de saúde do país [5].

Estão estruturados como SAME em algumas instituições, como serviço de documentação médica em outras e ainda como setor de documentação e auditoria médica em outras mais. Nos hospitais mais complexos, eles podem também englobar o núcleo de apuração de custos e a atividade de auditoria médica. São também utilizadas as terminologias "serviço de documentação científica" e "serviço de prontuário do paciente" [1, 2, 5].

Independente da sua estruturação, complexidade ou denominação, observamos que um grande número de instituições de saúde não valoriza adequadamente a preservação da documentação dos prontuários, acarretando a falta de registros ou o preenchimento incompleto de diversos formulários que são instrumentos importantes de coleta de dados, tais como folha de identificação; anamnese e exame físico; folhas de evolução; relatos cirúrgicos e sumário de alta, acarretando, via de regra, grande dificuldade para a organização do serviço de arquivo médico, e para o resgate posterior de informações para subsidiar a realização de pesquisas e trabalhos científicos.

A preservação dos registros médicos propicia um melhor cuidado ao paciente, mediante a compilação de detalhes do histórico patológico, além de servir como elemento primordial para planificar a atenção médica geral [6, 7]. No campo da investigação seu papel é relevante.

A melhoria do padrão da assistência prestada ao paciente traz consigo uma melhoria da qualidade da documentação do prontuário do paciente, que por sua

vez será uma importante fonte de informações para estudos clínicos, elaboração de trabalhos científicos e para subsidiar o processo de tomada de decisão de medidas de caráter administrativo.

Assim sendo, pode-se afirmar que os registros de saúde constituem um elemento de comunicação essencial no âmbito das instituições de saúde, do qual dependem, em boa parte, o cuidado do paciente, a investigação científica, a educação médica e a avaliação do uso dos recursos hospitalares. Sua análise propicia uma visão dos esforços desempenhados pela instituição, o conhecimento de seus problemas, e reflete a qualidade do trabalho realizado.

O registro, quando feito corretamente, apresenta, em relação à pesquisa, um papel importante, pois, na medida em que sejam completas as informações dos formulários dos prontuários, estes se converterão em valioso material científico, facilitando as investigações clínicas e epidemiológicas.

Importância de ter registros médicos

Através do arquivo, todos os dados referentes à assistência prestada ao paciente deverão ser compilados [1, 2, 4], de preferência em prontuário único.

No prontuário do paciente deverão estar contidas todas as informações que poderão ser utilizadas na avaliação dos serviços prestados.

Deve-se considerar que o planejamento e a organização das ações de saúde deveriam se valer das informações contidas nos prontuários, para estabelecer metas e proposições nos projetos a serem implantados. Cabe ressaltar que a história clínica é um dos componentes mais importantes, e não somente a devida atenção dos médicos na sua elaboração.

Quanto ao prontuário do paciente, é importante o preenchimento correto de todos os formulários usados. Normalmente trata-se de uma prática pouco comum, e que somente através de um processo educativo de conscientização dos profissionais de saúde se obterá uma melhoria, e não apenas através de um preenchimento criterioso de todos os formulários, mas também que seja feito com letra legível, que possibilite o posterior resgate destes dados. Muitas informações que não forem corretamente registradas no momento em que ocorrem se perdem, sendo impossível sua recuperação posterior.

Grande parte da eficácia de um arquivo depende de uma série de requisitos, que devem ser levados em consideração no momento de sua planificação. Os prontuários devem ser simples e dinâmicos, o que facilitará seu manejo e possibilitará a adoção de modificações futuras, acompanhando o progresso da instituição e do conhecimento científico e tecnológico. Deve-se dispor de um sistema ágil e eficiente de localização e resgate

da documentação. A organização e manejo dos prontuários requerem a disponibilidade de pessoal capacitado para a função.

A escolha do método de arquivamento, em função do número de prontuários e complexidade da instituição, é da máxima importância para o adequado funcionamento do serviço de arquivo médico [2, 4]. Geralmente os documentos são ordenados no arquivo, obedecendo aos critérios de ordem numérica, alfabética, cronológica ou combinado.

Para a implantação de um sistema de informação é primordial que se disponha de um arquivo médico organizado, e, para isto, é necessário que as instituições de saúde adotem normas e rotinas de trabalho, com a utilização de classificações padronizadas que possibilitem a formação de canais de comunicação intra e inter-institucionais [6, 7].

Na documentação do paciente devem estar contidas informações relacionadas:

- à identificação do paciente e da equipe responsável pelos seus atendimentos;
- à história clínica, exame inicial e motivo do atendimento;
- aos diagnósticos e acompanhamento clínico e tratamento realizado [6, 7].

Cada instituição de saúde deve normalizar a ordenação de seus prontuários, determinando como e onde deverão ser registrados os dados dos pacientes, possibilitando, desta forma, a manutenção do arquivo médico em alto padrão técnico.

De modo geral, os prontuários contêm [2, 4, 8]:

a) identificação: onde são registrados o nome do paciente, data de nascimento, idade, sexo, estado civil, documento de identificação, endereço, telefone, data de admissão, cor, ocupação e grau de instrução;

b) anamnese: relato dos antecedentes do paciente, história familiar e social, incluindo os sintomas, principais detalhes da enfermidade e dados clínicos;

c) diagnóstico;

d) tratamento: modalidade, doses e resultados;

e) exames auxiliares de diagnóstico e terapêutica solicitados;

f) identificação da equipe responsável pela assistência prestada ao paciente e funcionários responsáveis pelos formulários administrativos.

Vale ressaltar que também devem ser considerados importantes:

- a apresentação das informações de forma clara e legível;

- a padronização dos formulários com o objetivo de harmonizar a coleta dos dados, assim como seu resgate futuro;

- a utilização de codificações internacionais para viabilizar a comparabilidade dos dados;

- a ordenação na anexação dos formulários ao prontuário, segundo rotina preestabelecida.

A observância destes cuidados básicos propiciará a preservação de um elenco valioso de informações a respeito do atendimento institucional no setor saúde, constituindo importante acervo a ser utilizado para o planejamento, administração e subsídio à pesquisa nas instituições de saúde.

Summary

The present work deals with the problems resulting from the absence of formal medical "registers", as well as of identification and admission cards.

Emphasis is given to the fact that the absence of such administrative procedures considerably disturbs both the organization and implementation of a system of information which would present a series of advantages, including the evaluation of the work performed by professionals.

Key words: *hospitalar registers; system of informations*

Referências bibliográficas

1. MALDONNET R. Administração Hospitalar. Editora Cultura Médica, 1988: 195-199.
2. MEZZOMO A. Serviço de Prontuário do Paciente. CEDAS, São Paulo, 4ª Edição, 1991: 443.
3. RAMAZZINI B. As Doenças dos Trabalhadores. Tradução brasileira do "De Morbis Artificum Diatriba". Fundacentro, São Paulo, 1988: 180.
4. CARVALHO LF. SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística de um Hospital. 2ª Edição. LTr Editora Limitada. 1977.
5. ROSAS EJ et alii. Manual de Informações sobre Atividades Hospitalares. Normas e Manuais Técnicos. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília, 1985.
6. JENSEN OM, PARKIN D, MacLENNAN R, MUIR CS, SKEET RG. Cancer Registration: Principles and Methods. IARC Scientific Publications N° 95. Geneve, 1991.
7. MacLENNAN R, MUIR CS, WINKLER A. Cancer Registration and its Techniques. IARC Scientific Publications N° 21. Geneve, 1978.
8. REBELO P, FERMON I, VILCHE C, REBELO M, FERNANDES JA, MEDEIROS L, BATISTA MF. Manual de Normas e Procedimentos para o Serviço de Arquivo Médico do INCa. Versão 02. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, 1989.