

IMPORTÂNCIA DO PREENCHIMENTO DOS FORMULÁRIOS E/OU IMPRESSOS QUE COMPÕEM O PRONTUÁRIO MÉDICO

Jucélia de Oliveira Santos
sjucelia@ufba.br

INTRODUÇÃO

Na prática médica, além das competências profissionais da assistência aos pacientes no tratamento das doenças, são necessárias noções básicas sobre atividades de apoio relacionadas ao exercício da medicina. Uma dessas tarefas é o preenchimento dos formulários e/ou impressos que compõem o prontuário médico.

Este constitui, analogicamente, um dossiê objetivando a análise da evolução psicossocial-clínica, para análise e estudo da evolução científica e também como defesa do profissional, caso ele venha a ser responsabilizado por algum resultado atípico ou indesejado. (PRESTES JR; RANGEL, 2007).

As não-conformidades ou o não-cumprimento das normas quanto ao preenchimento do prontuário médico, podem acarretar sérios prejuízos aos pacientes, ao médico e à medicina. Letras ilegíveis, dados incompletos, falta do preenchimento, rasuras, o uso de siglas, regionalismo, estrangeirismo nas prescrições e evoluções de tratamento, por exemplo, podem dar conotação diferente ao entendimento de outros profissionais que manipulam o prontuário e levar até à troca de medicamentos, a procedimentos impróprios, o que poderá ser danoso para o paciente. É aconselhável o detalhamento de todo e qualquer tratamento terapêutico nas fichas clínicas para evitar complicações quer de ordem técnica, quer de ordem

ética ou jurídica, que trazem transtornos emocionais, psicológicos, profissionais e prejuízos financeiros.

O prontuário médico ou do paciente é um elemento de valor probatório fundamental nas contestações sobre possíveis irregularidades. Já 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.

Diante do exposto, o estudo ora apresentado é uma revisão das resoluções do Conselho Federal de Medicina que normatizam o prontuário médico e do Código de Ética Médica, que descrevem a importância dos registros de dados como processo informacional e documental na relação médico – paciente executados por equipe multidisciplinar nas instituições de saúde.

ASPECTOS GERAIS

O Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução 1638/2002, define prontuário médico e torna obrigatória a criação da comissão de revisão de prontuários nas instituições de saúde. Estabelece o seguinte:

Art. 1º - 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.

[...]

Art. 3º - Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

[...]

Art. 5º - Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

- I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:
 - a. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade(indicando o muni-

- cípio e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);
- b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
 - c. 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;
 - d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;
 - e. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de paciente, deverá constar relato médico completo, história clínica de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.
- II. Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários que cabe ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

O ensino médico no Brasil tem se preocupado pouco com as questões relacionadas à observância do Código de Ética Médica, ao embasamento teórico, aos aspectos jurídicos do preenchimento dos impressos nos atendimentos assistenciais por parte do médico e da equipe multidisciplinar. Urgem, mudanças relevantes nas disciplinas curriculares de formação acadêmica (graduação, residência médica) nesse contexto.

Os registros nos formulários e/ou impressos são pautados por um complexo de leis, códigos, resoluções, regulamentos, estatutos, regimentos sempre sujeitos a novos dispositivos que trazem mudanças, revogações e novas legislações.

Por outro lado, mesmo que esses profissionais desconheçam as questões legais, há necessidade da elaboração de um prontuário correto em função da própria prática médica.

O profissional competente, comprometido e toda a equipe multidisciplinar que prestam assistência, devem ter a consciência de que a elaboração correta do prontuário médico resguarda as partes contratadas, beneficiando, principalmente, o paciente, cujos interesses, segundo o Código de Defesa do Consumidor, estão sempre acima de qualquer profissional.

Os médicos e a equipe multidisciplinar são os principais responsáveis pelas informações contidas nos formulários e/ou impressos que compõem um prontuário no momento da assistência ao paciente. Portanto, o prontuário médico pertence ao paciente. Sendo assim, destaca-se a seguir o resultado positivo das informações registradas nas respectivas fichas clínicas:

- a) Prática / assistência médica: possibilita a comunicação entre os membros que a prestam, facilita a identificação dos profissionais de saúde que nela interagem em prol da saúde do paciente, assegura a responsabilidade do preenchimento dos formulários e impressos, possibilita a continuidade do tratamento, documenta a atuação de cada profissional, revela os cuidados médicos prestados e o relacionamento do paciente com a equipe de saúde, o que garante a qualidade do serviço prestado, tornando possível a obtenção, em tempo real, de uma visão global e específica da saúde do indivíduo. Outro fator fundamental é a legibilidade dos registros com o uso da linguagem culta e ortografia oficial de acordo com o Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa (Volp, 5. ed.) da Academia Brasileira de Letras.
- b) Ensino: aspecto utilizado nas discussões de casos clínicos no processo ensino – aprendizagem, que só poderão ocorrer com um prontuário adequadamente preenchido;
- c) Pesquisa científica: os dados registrados têm importância ímpar. Todos os impressos devem estar devidamente preenchidos, a fim de atender às demandas de investigação de natureza científica, a censos epidemiológicos e a outros estudos;
- d) Controle de qualidade: a Resolução do CFM 1638/2002 torna obrigatória a criação de comissão de revisão de prontuários nas instituições de saúde, com a competência de observar os itens que deverão constar impreterivelmente no prontuário confeccionado em suporte eletrônico ou em papel, e de avaliar periodicamente os registros dos atendimentos realizados em ambulatório e na internação, orientando sobre possíveis omissões por parte dos profissionais de saúde que realizaram o atendimento;
- e) Atividade documental resguardada: segundo o Código de Ética Médica, “art. n° 11, “o médico deve manter sigilo das informações de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções...”. Trata-se de documento extremamente confidencial e sigiloso. Sigilo é segredo absoluto, ligado à ética, o qual não deve ser revelado nem veiculado em nenhuma hipótese. Há sigilo confessional, sigilo bancário, sigilo profissional. Pela Lei n° 10.406/02 – art. 229, ninguém pode ser obrigado a depor sobre fato cujo respeito por estado ou profissão deva guardar segredo;

- f) Auditoria: torna persistentes a confiabilidade, fidelidade, veracidade e detalhamento das informações contidas nos impressos que compõem o prontuário, garantindo o faturamento das contas hospitalares;
- g) Aspectos legais: como elementos de prova, documentos únicos e originais da assistência prestada ao indivíduo, todos os impressos devem estar datados, assinados, e os registros dos procedimentos devem ser escritos de forma clara e completa por se tratar de instrumento de defesa legal junto à autoridade competente;
- h) Perícias médicas: assegura a credibilidade das informações registradas para cruzamento de dados das incidências patológicas em saúde ocupacional ao longo do tempo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ante o exposto, os profissionais de saúde têm o dever técnico e legal de registrar nos formulários e/ou impressos todas as circunstâncias que envolvem o atendimento ao paciente, incluindo identificação, sintomas, reações, horários, procedimentos cirúrgicos realizados, revelando com precisão as condutas adotadas, dose de medicação, etc., em obediência à ética médica, à bioética, às resoluções do Conselho Federal de Medicina e aos códigos do consumidor, civil e penal.

À luz dessas reflexões surge o questionamento: falta conhecimento ou esclarecimento aos profissionais da saúde sobre a importância jurídica, quanto aos registros nos formulários e /ou impressos? Preenchimento deficiente, fora dos padrões e orientações das resoluções do CFM, inviabiliza posterior aproveitamento das informações, o que obriga os profissionais de saúde a contornar esse problema através da realização de inquéritos especiais, muito mais demorados e dispendiosos, de abrangência menor e com dados pouco consistentes.

É importante reafirmar que prontuários mal elaborados dificultam todos os processos e eventos que envolvem esse documento de fundamental importância para a saúde do paciente, que merece respeito, cuidado e atenção às informações a ele pertinentes colhidas pelos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- ANGHER, Anne Joyce (Org.). Código Civil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. In: ____ *Vade-mécum universitário de direito*, 4. ed. São Paulo: Rideel, 2008. p.224-403.
- ANGHER, Anne Joyce (Org.). Código do Consumidor. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. In: ____ *Vade-mécum universitário de direito*, 4. ed. São Paulo: Rideel, 2008. p.715-729.

- ANGHER, Anne Joyce (Org.). Código Penal; Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. In: __ *Vade-mécum universitário de direito*. 4. ed. São Paulo: Rideel, 2008. p.534-615.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa*, promulgada em 5 de outubro de 1988. 14. ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 1996. p.6.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de ética médica*, Resolução nº1246/88. 6. ed. Brasília: CFM, 2001. 64p.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução n.º 1638/2002*. Brasília: CFM, 2002. 3p.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resoluções normativas: março de 1957 a dezembro de 2004*. Brasília: CFM, 2005. p.156.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Parcerias 1998-2003*. Brasília: CFM, 2004. p.241-242.
- CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. *Legislação arquivista brasileira*. Rio de Janeiro: CONARQ, 2007. 91p.
- FRANCISCONI, Carlos Fernando; GOLDIM, José Roberto. Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: __ *Iniciação à bioética*. Brasília: CFM, 1998. p.269 – 284.
- PRESTES JR., Luiz Carlos L.; RANGEL, Mary. Prontuário médico e suas implicações médico-legais na rotina do coloproctologista. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, v. 27, n. 2, p.154-157. 2007.
- VERAS, Cláudia Maria T., MARTINS, Mônica S. A confiabilidade dos dados nos formulários de autorização de internação hospitalar (AIH). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.10, n.3, jul-set, 1994. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo>> . Acesso em: 02 out. 2008.

Jucélia de Oliveira Santos

Graduada em biblioteconomia e documentação pela Ufba. Especialista em produção editorial pela Uesal - Fundesp e em arquivologia e novas tecnologias documentais pela Uneb. Coordenadora do serviço de biblioteca do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos.