

Prontuário Eletrônico do Paciente – A Importância da Clareza da Informação

Claudia Thofehn¹, Walter Celso de Lima²

¹Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI)
Rua Patrício Antônio Teixeira, 317 – SC - Brasil
claudiat@univali.br

²Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)
Rua Pascoal Simone, 358 – SC - Brasil
d2wcl@udesc.br

Resumo

O prontuário do paciente (assim como as fichas clínicas utilizadas pelos profissionais da saúde) é constituído de um conjunto de documentos padronizados, contendo informações geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada a ele, de caráter legal, sigiloso e científico, e que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. Além da grande quantidade de informações contidas nos prontuários médicos, são muitas as queixas relacionadas a ilegitimidade das informações contidas no mesmo, as quais, poderão trazer danos irreversíveis para o paciente. Para garantir a integridade das informações entre toda a equipe que presta assistência ao paciente, a cada dia aumenta o número de profissionais da área da saúde ligados à prática digital, sendo a figura do prontuário eletrônico do paciente (PEP) uma realidade nas diferentes instituições de saúde. No entanto, apesar do PEP reduzir os custos e melhorar a qualidade do atendimento ao paciente, quando comparado aos registros em papel, as sociedades normatizadoras e reguladoras dos profissionais da saúde têm se preocupado muito com as questões éticas e legais do prontuário do paciente, onde a disponibilidade, a integridade, a auditoria, a confidencialidade e a privacidade, entre outros, são importantes aspectos que devem ser normatizados de forma transparente.

Palavras-chave: prontuário eletrônico, ficha clínica, legibilidade

Abstract

The patient's clinical records are standardized documents, containing facts, situations and conclusions about the patient's health and his treatment. It's a legal, private and scientific document (for it allows the communication between healthcare members and the treatment extension). The patient's clinical records have a great amount of information, and the illegibility (mostly unorganized scraps) of its pages has been a matter of many complains, because a wrong interpretation of its contents can be dangerous to the patient's life. To ensure the information integrity between all users, an increasing number of health professionals has been adopted a digital form of record (or "Electronically Patient Records" - EPR) in many health centers. The EPR improve the agility and reduces costs when compared with paper records, but some medical societies and health organizations have been an increasing concern about ethical and legal questions involving the EPR use, like access, integrity, authorship, confidentiality and privacy. These aspects should be standardized for security and transparency.

Key-words: Clinical Records, Electronically Patient Records, legibility

1.Introdução

Um prontuário consiste em um conjunto de documentos padronizados e ordenados,

proveniente de várias fontes, destinados ao registro dos cuidados profissionais prestados ao paciente. Possui propósito pessoal e interpessoal e serve para o paciente, à instituição, aos

profissionais de saúde e para a sociedade como um todo. [10]. É importante salientar que o prontuário pertence ao paciente, mas compete ao médico, em seu consultório, e aos diretores clínicos e/ou diretores técnicos, nos estabelecimentos de saúde, a responsabilidade pela guarda dos documentos [4]. Cabe ainda ao estabelecimento hospitalar a responsabilidade pelo preenchimento completo e correto do prontuário, sendo direito do paciente requerer que as informações a ele concernentes sejam adequadamente registradas [10].

O prontuário é um documento de manutenção permanente pelos médicos e estabelecimentos de saúde (Resolução CFM nº 1331/89). Pode ser posteriormente utilizado pelos interessados como meio de prova até que transcorra o prazo prescricional de 20 (vinte) anos para efeitos de ações que possam ser impetradas na Justiça. Todos os documentos originais que compõem o prontuário devem ser guardados pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, a fluir da data do último registro de atendimento do paciente, sendo que, ao final deste tempo, o prontuário poderá ser substituído por métodos de registro capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas e os originais poderão ser destruídos [4].

Não são raras as incorreções e/ou omissões de registros. Na maioria dos casos, nos aspectos gramaticais e ortográficos; nas relações factuais; nos termos em geral, podendo, desta forma, provocar o enfraquecimento das informações. Os registros bem formulados refletem não somente a qualidade do serviço prestado, mas também um elemento essencial para os casos de compensação financeira e para fins ético-legais [9].

No passado, o médico detinha suficiente conhecimento para dispensar quase todo o cuidado necessário ao paciente. O crescimento exponencial do conhecimento médico levou ao aparecimento de diversas especialidades clínicas e, hoje, a responsabilidade pelo cuidado do paciente é transferida para diferentes equipes de profissionais. Assim, o prontuário do paciente pode conter extensas anotações feitas por diferentes profissionais envolvidos no cuidado da saúde do paciente, bem como grandes quantidades de dados [8].

A partir daí, com o desenvolvimento de técnicas digitais de tratamento de informações clínicas, a figura do prontuário eletrônico do paciente (PEP) começou a se tornar uma realidade. O PEP pode ser definido como um

conjunto de informações relativas ao paciente, armazenadas em formato digital e cujo objetivo principal é permitir a qualidade de atendimento, a veracidade da informação e a assistência médica em lugares e cenários distintos [6].

A prática médica digital é exigência da atual sociedade da informação, facilitando o armazenamento e, posteriormente, o processamento das informações do paciente, auxiliando o profissional na elaboração do diagnóstico correto e na orientação terapêutica adequada [8].

O prontuário deve ser compreendido por outros profissionais para que seja possível dar continuidade ao tratamento de um paciente e sua legibilidade é exigida no código de ética da profissão. Tanji [9] acrescenta que os dados referentes à conduta, tratamento e evolução do paciente devem ser claros, concisos e completos, incluindo detalhes do atendimento. Ainda sugere que a escrita necessita ser legível e, caso não se consiga ler as anotações feitas no prontuário, deve-se pedir esclarecimento para quem as escreveu, pois adivinhar as palavras da escrita de uma outra pessoa pode resultar em erros prejudiciais.

2. Relato de Caso

O relato a seguir, ainda que fictício, é mais um dos inúmeros casos verossímeis confirmando que escrever de forma ilegível pode gerar graves consequências.

Aos 32 anos de idade, S.V. sofreu uma lesão medular e, apesar de não ter sido diagnosticado lesão medular total, o paciente tornou-se tetraparético. Em função da imobilidade no leito, evoluiu para uma broncopneumonia e só então foi solicitado o acompanhamento da fisioterapia. Após 60 dias do evento, o paciente começou a apresentar alguns movimentos voluntários que, junto com os exames clínicos, davam indícios de um bom prognóstico. Como o paciente sofria de dores intensas (em função de um fixador externo cervical) era diariamente submetido à analgesia, e, em determinado plantão noturno, recebeu dipirona para analgesia (amplamente utilizada) visto que a medicação prescrita de rotina estava em falta. Entretanto, havia nas observações do prontuário que o mesmo era alérgico a tal

medicação. Após medicado, o paciente imediatamente evoluiu com fechamento das vias aéreas e 30 minutos após a chegada do médico, foi submetido à intubação orotraqueal. Porém, além da demora na prestação do socorro, o fixador impedia a hiperextensão cervical necessária para visualização da via aérea, adiando ainda mais o suporte de oxigênio. O paciente evoluiu para parada cardiorrespiratória, foi reanimado e encaminhado para UTI. Após seqüelas irreversíveis causadas pela anóxia cerebral, foi à óbito 45 dias após o evento. No laudo médico, mais uma parada cardiorrespiratória.

Apesar de constar nas observações do prontuário “alérgico à dipirona”, a ilegibilidade fez com que a informação não chegasse ao profissional responsável pela aplicação da medicação, causando ao paciente seqüelas irreversíveis que o levaram ao óbito.

Os deveres de conduta profissional de saúde são indispensáveis para a construção das virtudes inerentes à qualidade do ato praticado. Se estimulados e desenvolvidos contribuem de forma primorosa para amenizar ou reduzir ao mínimo a possibilidade do erro profissional. Qualquer que seja a forma de avaliar a responsabilidade de um profissional em determinado ato em saúde, no âmbito ético ou legal, é imprescindível que sejam levados em conta os seus deveres de conduta [2].

Para Martin [3], muitas situações que acarretam danos para terceiros são fruto de erros provocados por imprudência. São situações em que se age sem a devida cautela, expondo o paciente a riscos desnecessários e expondo-se a riscos de ordem jurídica.

No relato de caso descrito acima, apesar do prontuário do paciente conter em suas observações “alérgico à dipirona”, cabe ressaltar se esta informação estava de forma legível (o CFM em seu artigo 5º, de 10 de julho de 2002, define que nos prontuários de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional prestador do atendimento) ou se houve falta de prudência por parte do profissional na aplicação da medicação, onde Drumond [2] acrescenta que a prudência é uma das qualidades morais indispensáveis a um profissional da saúde e constitui a virtude da cautela, da precaução, do agir com bom senso, na observação sempre atenta e vigilante do saber-fazer profissional.

Portanto, é imprescindível que qualquer comunicação se faça de maneira clara, transparente e completa. A comunicação tem

relação direta com a elaboração e entrega de documentos escritos, como prescrições, receitas, atestados e laudos. Quando ilegíveis, a comunicação se interrompe. O documento torna-se um papel inútil, sem valor e que pode trazer prejuízos irreversíveis ao paciente.

3.A Ilegibilidade dos Documentos

Os documentos emitidos de forma ilegível constituem um grande problema na área da saúde. A troca de medicamentos, dosagem ou via de administração podem causar danos graves ao paciente ou não fazer o efeito desejável [7].

De acordo com Martin [3], casos como estes fazem pensar na importância de se distinguir entre uma falha humana que ocorre apesar da dedicação e cuidados normais de um profissional sério e erros ou danos previsíveis e evitáveis causados por um profissional incompetente ou irresponsável.

Na tentativa de chegar a uma avaliação ética ou mesmo a um julgamento moral, vários fatores podem ser responsabilizados em cada ato humano, em cada problema de conduta. Razões, motivos, intenções, meios, resultados, conseqüências. São, todos eles, elementos inter-relacionados em um amplo complexo de causa e efeito [1].

Portanto, de acordo com Drumond [2], é importante e cada vez mais imprescindível que sejam registrados em prontuário, ficha clínica ou equivalente, de modo mais pormenorizado possível e legível, o histórico clínico do paciente, suas condições vitais, medicamentos, tratamentos, programa proposto, etc.

Para Tanji [9] os registros além de representarem, para toda a equipe multidisciplinar, um documento de relevante valor técnico, científico e ético-legal, os mesmos avaliam a qualidade do atendimento prestado, proporcionam meio de comunicação entre os profissionais de saúde, propiciam visibilidade e identificam a responsabilidade profissional sobre suas ações.

Com isso, enquanto a resolução 1.638/2002 define o prontuário médico, a resolução 1.639/2002 do Conselho Federal de Medicina, em seu Artigo 1º, aprova as “Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico”, possibilitando a

elaboração e o arquivamento de prontuário em meio eletrônico [6].

4.O Prontuário Eletrônico

O estabelecimento hospitalar é responsável pelo preenchimento completo e correto do prontuário de cada paciente e os administradores compartilham a responsabilidade com os profissionais de saúde na manutenção correta e completa documentação das atividades ocorridas com o paciente durante sua estadia na unidade de saúde [10].

Por ser o prontuário um instrumento valioso para o paciente e para todos os profissionais da saúde, o correto e completo preenchimento tornam-se grandes aliados para avaliação da qualidade de assistência prestada.

Para isso, a prática digital, exigência da atual sociedade da informação, dispõe hoje de ferramentas e instrumentos que podem apoiar a organização e a administração dos consultórios, a captura, o armazenamento e o processamento das informações do paciente, bem como procedimentos e orientações terapêuticas [8].

Pinto [5] acrescenta que, apesar de haver inicialmente uma certa resistência por parte dos médicos em utilizar o computador em consultórios ou clínicas coletivas, a maneira de encarar o assunto já se modificou bastante nos países desenvolvidos e está se modificando rapidamente no Brasil.

Em meados da década de 90, o Serviço de Informática do Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas de São Paulo iniciou o desenvolvimento de seu prontuário eletrônico, utilizando, de forma pioneira, a Web como interface universal para o prontuário, pois um dos objetivos era oferecer um sistema integrado de acesso a todos os dados do paciente de forma simples e padronizada [6].

O PEP (Prontuário Eletrônico do Paciente), que foi criado, inicialmente, para documentar as informações da doença do paciente, transformou-se em instrumento complexo, incorporando entre as inúmeras funções, uma base de compartilhamento de informações entre diferentes profissionais. Ou seja, além de manter o registro eletrônico da história clínica do paciente, incorpora mecanismos de geração de alertas e

íntegra ferramentas que permitem a comunicação, de forma legível, entre diferentes profissionais, entre profissionais e pacientes, e entre profissionais e hospitais e provedores de serviços complementares [8].

Pires [6] ressalta as vantagens potenciais do PEP sobre o prontuário em papel, que envolvem acesso, maior disponibilidade e rapidez na localização de informações, melhor qualidade e confiabilidade. O uso simultâneo e distribuído desse importante conjunto de informações por diversos profissionais é um atrativo adicional.

No entanto, apesar do PEP reduzir o custo do tratamento e melhorar a qualidade do atendimento ao paciente quando comparados aos registros de papel, as sociedades normatizadoras e reguladoras dos profissionais da saúde têm se preocupado muito com as questões éticas e legais do prontuário do paciente, onde a disponibilidade, a integridade, a auditoria, a confidencialidade e a privacidade, entre outros, importantes aspectos que devem ser normatizados de forma transparente [8].

5.Considerações Finais

Sem dúvida, a utilização das ferramentas e instrumentos da informática no processo do atendimento de pacientes auxilia todos os profissionais da área da saúde na prática de sua profissão, facilitando a coleta e o armazenamento das informações, a tomada de decisão, a busca da terapêutica mais adequada, a troca de informações entre profissionais, instituições e pacientes, bem como sua atualização.

No entanto, é fundamental que existam entidades qualificadas, nas diferentes áreas de atuação da saúde, que possam certificar a utilização de “softwares” que permitam o armazenamento, a manutenção de dados, a consulta fácil e a segurança em relação à perda e à confidencialidade de todas as informações. Além disso, outras questões devem ser levadas em consideração, como a identificação e a responsabilidade de quem preenche e atualiza o PEP.

Portanto, para a prática e utilização do PEP, torna-se imperiosa a necessidade de se regular o uso da tecnologia a fim de usufruir seus benefícios e impedir os efeitos indesejados, levando em conta os aspectos éticos e legais que envolvem a utilização do prontuário eletrônico, tais como, autenticidade, integridade, confidencialidade,

privacidade, auditabilidade, assinatura eletrônica e guarda de documentos.

Referências

- [1]. ALMEIDA, M. e MUÑOZ, D.R. *A responsabilidade Médica: uma Visão Ética*. **Bioética**, volume 2, no 2, 1994. 147 à 150.
- [2]. DRUMOND, J.G.de F. A ética do profissional de saúde e a educação física. In ANDREOTTI, J.B. et al. *Ética profissional na educação física*. Rio de Janeiro, Shape, 2004.
- [3]. MARTIN, L.M. *O erro médico e a má prática nos códigos brasileiros de ética médica*. **Bioética**, volume 2, 1994. 163-173.
- [4]. NOGEIRA, C.S. *Prontuário Médico*. http://www.unimes.br/aulas/MEDICINA/Aulas2005/1ano/Procedimentos_basicos_em_medicina/prontuario_medico.html Pesquisado em 14/06/2006.
- [5]. PINTO, P.S. et al *O computador no consultório médico*. *Arq. Cat. Méd.* – vol. 17 – no 3 – Julho/Setembro de 1988. 159-162
- [6]. PIRES, F.A. et al *Prontuário Eletrônico: Aspectos Legais e Situação Atual*. *Revista da Sociedade de Cardiologia Estado de São Paulo* – vol 13 – no 6 – novembro/dezembro de 2003. 730 à 735.
- [7]. REBELLO, F.B.B. et al *Documentos Legíveis – Direito do Cidadão, Dever do Médico*. <http://geocities.yahoo.com.br/filomenarebello/letradomedico.htm> Pesquisado em 10/10/2005.
- [8]. SIGULEM, D. et al *Informatização em Consultório Médico*. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo* – vol 13 – no 6 – novembro/dezembro de 2003. 717 à 729.
- [9]. TANJI, S. et al. *A importância do registro no prontuário do paciente*. *Enfermagem Atual* – nov./dez., 2004. 16-20
- [10]. VALLE, S.; TELLES, J.T. - *Bioética, biorrisco – Abordagem Transdisciplinar*. Rio de Janeiro: Interciência, 2003.