

## **PRONTUÁRIO ÚNICO DO PACIENTE**

### **O que é o Prontuário Único do Paciente?**

É o conjunto de documentos relativos à assistência prestada a um paciente. Ele contém todas as informações sobre a saúde do paciente, as anotações dos profissionais que prestaram assistência, os resultados dos exames e os relatórios dos procedimentos e dos tratamentos realizados.

### **O prontuário tem que ser só no papel?**

Não. A partir de 2002 foi instituído também o PEP>Prontuário Eletrônico do Paciente (Resolução CFM 1639).

### **O prontuário tem valor legal?**

Tem valor legal e ético, perante a Justiça, os CRMs e o CFM, pois ele reúne informações sigilosas de caráter médico, científico e legal (jurídico).

### **Alguém pode ser penalizado por falhas no preenchimento do prontuário?**

Sim, uma vez estabelecidas as regras e normas oficiais, elas devem ser seguidas como qualquer outra lei. A não obediência constitui infração, passível de punição e de penalidades de acordo com cada tipo de legislação, incluindo os processos éticos.

### **Qualquer um pode ter acesso ao prontuário?**

Não. Além do paciente, somente os profissionais de saúde regulamentados que assistem ao paciente e as pessoas autorizadas pelo estabelecimento. Entretanto, o acesso está condicionado à guarda do sigilo.

### **O prontuário é do paciente ou do hospital?**

Por lei, as informações pertencem ao paciente. O hospital é o responsável legal pela guarda e conservação das informações, organizadas na forma do PUP (Prontuário Único do Paciente), tanto em meio físico como eletrônico.

### **Por que essas informações ficam no hospital?**

Por Lei, e em benefício da segurança para o próprio paciente, os hospitais são os encarregados de cuidar e conservar tudo que diz respeito à doença, comorbidades, tratamentos e exames, para garantir que essas informações estejam sempre disponíveis, todas as vezes em que forem requisitadas. Além disso, o prontuário contém informações de natureza científica e jurídica que não podem ser perdidas.

Apesar de altamente recomendável, poucos pacientes conseguem organizar e manter uma pasta completa sobre o seu caso.

### **Como o paciente acessa o conteúdo das suas informações se ficam no hospital?**

Sempre que precisar, o hospital é obrigado por lei a fornecer ao paciente ou seu representante legal as informações necessárias contidas no prontuário. O princípio do *habeas data* é a garantia primordial e constitucional de que o cidadão tem direito à posse e ao acesso de toda e qualquer informação a seu respeito.

### **Qual o tempo mínimo durante o qual o prontuário deve ser guardado?**

A lei determina o mínimo de 20 anos a contar do **último registro** lançado no prontuário (resolução CFM 1639).

### **Quais os dispositivos legais que fundamentam a obrigatoriedade de abrir, registrar, conservar e cuidar do prontuário?**

- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA > direito do cidadão de posse e acesso a todas as informações que lhe dizem respeito (Princípio do *habeas data*);
- CFM > artigos 85 a 91 do capítulo X do CEM (Código de Ética Médica) > obrigatoriedade de elaborar prontuário médico para cada paciente;
- MS/SUS > Portarias
- CRP > Comissão de Revisão do Prontuário: Atas e Resoluções.

### **Qual a importância do preenchimento adequado do prontuário?**

O prontuário é o principal documento de provas judiciais na área da saúde. Os dados anotados devem refletir a veracidade dos fatos. Para isso é necessário que as informações tenham sua autenticidade reconhecida, ou seja, o prontuário deve estar devidamente preenchido, datado e assinado. A ausência desses elementos demonstra **MÁ QUALIDADE** da documentação. A consequência é que essa distorção compromete a avaliação e a própria **qualidade da assistência** prestada ao paciente, uma vez que torna impossível demonstrar a conformidade com as Boas Práticas Clínicas, das quais a própria documentação faz parte.

*Uma distorção grave, mas frequentemente encontrada é a falta de identificação do paciente em documentos evolutivos, a exemplo da folha azul (formulário F-35.28) com o cabeçalho em branco. O não registro de eventos como internações, procedimentos, condutas e mudanças na evolução do paciente constitui-se numa grave e arriscada omissão.*

### **Quem define o conteúdo do prontuário?**

A Comissão de Revisão do Prontuário (CRP) é a instância oficial que define localmente o conteúdo e os dados necessários segundo as Boas Práticas Clínicas e para atender àqueles que a legislação determina. Sua existência é determinada pela Resolução CFM n. 1638, que a torna obrigatória desde 2002, embora alguns hospitais já tivessem criado essa comissão antes da lei, como o HAJ, por exemplo.

### **Como a CRP define o que é necessário anotar ou guardar no prontuário?**

Através de dois mecanismos:

- a) Espontaneamente, mediante análise frequente dos processos relativos ao prontuário, visando a melhoria contínua da documentação –depende do nível de interesse e hábito dos membros da comissão em acompanhar e avaliar de forma crítica e objetiva o cumprimento das funções do prontuário;
- b) Obrigação de atender a normas superiores;
- c) Mediante provocação ou solicitação dos usuários ou da Diretoria.

O estudo sistemático, procurando modernizar o prontuário para cumprir da melhor maneira possível as suas funções, costuma levar a melhorias que geralmente antecipam as exigências legais. Pode ser mediante iniciativa das equipes assistentes, mediante comunicado à CRP ou por atitude **proativa** da própria comissão coletivamente e de seus membros, individualmente.

Em ambos os casos a CRP não precisa esperar pressões externas para agir. Pode adotar uma agenda positiva, pesquisando, colhendo, acatando e analisando sugestões de melhorias.

Foi o que aconteceu com o prontuário do HAJ em algumas ocasiões, quando sofreu grandes evoluções decorrentes da análise de processo de qualidade, o que propiciou economizar espaço de arquivo, agilizar o arquivamento de documentos e facilitou o manuseio e agilidade para encontrar a informação, além de viabilizar a informatização e ainda aumentar e melhorar o controle de carga e perda de prontuários.

Quanto ao conteúdo, recentemente, quando normas federais obrigaram o HAJ a atualizar alguns documentos e informações, já tínhamos modelos de formulários em teste ou em uso, antecipando essas demandas. Bastaram alguns ajustes para atender às novas exigências.

### **Quais as competências da CRP?**

*Assegurar a sua parte na responsabilidade sobre a qualidade do prontuário, mediante a elaboração de normas e métodos sobre os itens relacionados ao preenchimento, à guarda, à padronização e ao manuseio dos prontuários, mantendo o controle contínuo da sua qualidade, com base nas normas adotadas, como indica a própria denominação.*

As ações da CRP são estritas à instituição da qual faz parte e devem manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

### **Qual o papel da CEM (Comissão de Ética Médica) e o que ela tem a ver com o Prontuário?**

A obrigatoriedade de manter prontuário para cada paciente é um dispositivo do Código de Ética (Capítulo X) e implica no seu preenchimento correto. O não cumprimento constitui infração ética, passível de processo ético. A CEM é uma extensão do CRM, responsável pelo trabalho preventivo junto aos médicos dos grandes hospitais e também pelas sindicâncias frente a indícios de infração ao Código.

Além disso, a Resolução CFM 1638 determina que a CRP e a CEM atuem em conjunto na questão da qualidade do prontuário.

### **A quem cabe a reponsabilidade pelo preenchimento correto do prontuário?**

a) A responsabilidade **primária** é de quem executou o ato ou a observação a ser registrada, ou seja, o profissional assistente e demais profissionais que compartilham da assistência, quando se trata de equipe e não um profissional isoladamente; alguns atos são de caráter exclusivo, como o diagnóstico de doenças, que é um ato exclusivo do profissional médico.

Lembrar que o **estadiamento** faz parte do diagnóstico da neoplasia, razão pela qual os demais profissionais podem até saber qual é o estágio, mas ele **deve ser explicitamente registrado no prontuário pelo médico assistente**, para ter validade.

b) A hierarquia médica na instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, também é responsável, devido à obrigação de zelar pela qualidade da prática médica na unidade. Essa hierarquia inclui chefias de equipes e de

departamentos, diretoria do corpo clínico, até o diretor geral e a administração superior.

### **Além do prontuário físico e do eletrônico, existe algum outro tipo de prontuário?**

Não, mas existem formas diferentes de organizar o conteúdo (documentos) no prontuário físico: não estruturado (preenchimento livre) ou estruturado.

O tipo não estruturado é muito parecido com os processos judiciais, em que se amontoam os documentos, arquivando os mais recentes acima dos antigos. Este tipo de prontuário exige numeração sequencial de todas as folhas dos documentos, carimbo com data e assinatura, para assegurar a autenticidade.

### **Como se organiza um prontuário estruturado?**

Os documentos médicos são de natureza variada, com vários tipos de laudos e de relatórios diferentes. Além disso, os prontuários contêm anotações evolutivas diversificadas, muitas em formato livre. Daí a necessidade de estruturar os documentos numa sequência definida, classificados e agrupados de acordo com sua natureza e distribuídos em blocos dentro do prontuário, com endereço definido, para facilitar o arquivamento correto e agilizar o acesso às informações, sempre dentro de cada bloco.

### **Qual a vantagem de organizar os dados usando formulários?**

A mesma vantagem de montar os blocos. À medida em que o tempo passa, a quantidade e a diversidade de informações cria um emaranhado difícil de destrinchar. Ou seja, pouco adianta o esforço para registrar a anotação, se fica difícil achar e recuperar a informação. Os formulários ajudam a organizar e agilizar os dados porque são padronizados. Assim, cada **documento fonte** pode ser o lugar único onde todos vão anotar o que é preciso e da mesma maneira. Fica muito mais fácil e ágil, para todos os interessados, procurar e encontrar.

Para que um dado se transforme numa informação, é necessário que: a) tenha relevância (dados não importantes são como entulhos); b) seja padronizado; c) seja facilmente resgatável e prontamente acessível.

A TI (Tecnologia da Informação) trouxe uma luz ao mostrar que não basta anotar e guardar um dado. É importante poder resgatá-lo e recuperá-lo quando precisar. Para isso, os bancos de dados são estruturados em forma de **telas** e **campos** numerados, para facilitar registrar os dados, processar com rapidez, guardar e também resgatar. É assim que os programas e os sistemas informatizados funcionam.

Conclusão: os formulários são para o prontuário o que as telas são para a informática. Na informática médica, eles podem ser desenvolvidos simultaneamente. Geralmente é assim que o prontuário físico evolui para um prontuário eletrônico.

### **Qual a importância dos formulários da Neoplasia e do Controle do Seguimento?**

A mesma importância dos formulários de tratamento. São documentos fonte obrigatórios, um por conter as informações padronizadas sobre o tumor

(topografia, morfologia e estágio da neoplasia) e o outro por ser o lugar para anotar a evolução do caso ao longo do tempo –mediante o uso de códigos simples para as situações encontráveis ao longo do seguimento: **0** ou **1** (ausência ou presença de atividade tumoral).

A Legislação exige, desde 2005, que os hospitais enviem, entre outros, esses dados para o MS, porque é assim que o MS relaciona o índice de sobrevivência com o estágio da neoplasia e avalia a qualidade da assistência da Rede Nacional de Oncologia. Através desse dados é que se pensa traçar uma política de câncer e de investimentos nos hospitais da rede.

### **O que é um documento fonte?**

É o documento original, onde se anota o evento, ato ou observação essencial, obrigatoriamente o mais próximo possível do momento da ocorrência. Exemplo: formulário Neoplasia. Só o médico pode determinar o **diagnóstico final** (fechado) e o **estádio**, que faz parte desse diagnóstico. Em vez de anotá-los em outros lugares, anota somente nos campos do formulário e uma única vez. Também os laudos de exames de imagem e histopatológico são documentos fonte, bem como as evoluções e os formulários dos principais tratamentos oncológicos realizados.

Já documentos como APACs, guias de autorização, receitas e alguns relatórios são documentos ditos **secundários**, pois seus dados derivam daqueles registrados nos documentos fonte.

### **Por que só o médico determina o diagnóstico?**

O médico assistente é o responsável pelo tratamento do paciente, cujos procedimentos são baseados no diagnóstico e nos níveis de extensão das doenças (ou estágio, no caso das neoplasias). Ele se utiliza de recursos semiológicos: queixas e história da doença, interrogatório de sintomas e exame físico e reúne todos esses dados para fazer um diagnóstico final.

É por causa dessa responsabilidade toda com a assistência ao paciente que a legislação determina que o médico é o profissional responsável pelo diagnóstico e tratamento das doenças, de forma exclusiva e independente de quaisquer outras abordagens por parte de outros profissionais.

O médico pode precisar e se valer de exames complementares: laboratoriais, de imagem e estudo de amostras (anatomia patológica) que permitam melhor qualidade e segurança, além de permitir **fechar** um diagnóstico coerente com os resultados, mas ao mesmo tempo independente, porque ele analisa todos os aspectos e tem uma visão mais completa do caso do que qualquer outro envolvido.

### **Existe alguma vantagem em preencher o formulário da neoplasia?**

Sim, muitas. Além de obedecer à legislação, o formulário da neoplasia é o principal documento-fonte e contém dados que os médicos necessitam escrever todo dia em pedidos de exames, prescrições, atestados, relatórios e guias de internação e de procedimentos, cirurgias, quimioterapia, radioterapia, etc. Curioso é que precisam desses dados e respectivos códigos toda vez que vão preencher esses documentos classificados como secundários, sem os quais nada será autorizado pelo SUS e pelos convênios. Ao preencher corretamente o formulário da neoplasia, uma **única vez** e de forma definitiva, nunca mais precisaria ir atrás daquele dado ou código, pois se trata de um

documento fonte e dos mais importantes. Bastaria consultar o formulário de **folha amarela** (formulário **F-35.250**).

Como a maioria dos documentos secundários estão informatizados, outra grande vantagem é agilizar a consulta, economizar tempo, evitar erros, retrabalho e até reduzi glosas, porque esses documentos podem ser impressos automaticamente e na hora, pelo próprio médico ou pela assistente de consultório. Claro que, como o diagnóstico é um dado do documento-fonte que pode ser gravado no ONCOSIS pelo próprio médico (ou pelo Registro de Câncer, se o médico tiver preenchido corretamente o formulário da neoplasia no prontuário físico) o sistema simplesmente transporta o dado selecionado do *documento fonte* para o *documento secundário* (pedido de exame, atestado, APAC, AIH, prescrição ambulatorial e internados, etc.).

#### **O que fazer caso surja dúvida ao preencher algum formulário ou campo?**

Primeiro consultar o manual de preenchimento. Se ainda restar dúvida, solicitar orientação do RHC (Registro Hospitalar de Câncer) ou da CRP (Comissão de Revisão do Prontuário).

#### **Como saber se um paciente tem câncer, através do prontuário médico?**

Entre os documentos do prontuário, alguns contêm informações sobre o diagnóstico do câncer: história da doença, laudos histopatológicos de biopsias e de cirurgias, citologias, mielograma, etc.

Entretanto, o formulário F-35.250 é o único documento-fonte no qual o médico encontra o lugar definido pela CRP para anotar o **diagnóstico final** da neoplasia, no qual ele fundamenta o plano terapêutico e executa o tratamento decorrente, uma vez que é constituído dos três dados essenciais: topografia, morfologia e estágio.

Os exames de imagens e relatórios de cirurgias e de tratamentos oncológicos (quimioterapia e radioterapia) são sugestivos da presença do câncer, mas não têm a mesma validade do que a anotação, pelo médico assistente, dos dados assumidos por ele como determinantes do diagnóstico, em especial o estadiamento.

#### **Como saber se um determinado diagnóstico se refere a uma neoplasia maligna?**

Através das normas de nomenclatura. Geralmente, a palavra terminada em **oma** significa tumor, ou seja, lesões que formam nódulos ou massas.

Quando benignos, esses termos designam apenas o tipo de tecido do qual são formados: lipoma (tecido gorduroso), fibroma (tecido conjuntivo fibroso), adenoma (tecido glandular) e assim por diante.

Para os tumores malignos acrescentam-se outros radicais para designar a malignidade e a origem de onde surgiu o tumor. A expressão *carcinoma* é aplicada aos tumores de origem epitelial de revestimento interno ou externo dos órgãos (*carcynos*=caranguejo), enquanto o **adenocarcinoma** se refere ao câncer também de origem epitelial, não de revestimento mas sim glandular.

O termo *sarcoma* (*sarcós*=carne) é usado para os tumores conjuntivos e mesenquimais: ossos, músculos e partes moles. Ex.: *fibrossarcoma* (tecido conjuntivo fibroso), *osteossarcoma* ou *sarcoma ósseo*, *rabdomiossarcoma* (músculos estriados), *leimiossarcoma* (musculatura lisa), etc.

Outras neoplasias malignas podem ter nomes parecidos, mas um pouco fora da regra geral, como *linfoma*, *mieloma* e *leucemia* no caso das neoplasias do sangue e da medula óssea e *melanoma* para o melanoma (câncer de peles melanócitos).

#### **De que é composto o diagnóstico completo da neoplasia?**

O diagnóstico tumoral consiste de três variáveis consideradas essenciais: **Topografia, Morfologia e Estadiamento.**

Elas são os dados mínimos e básicos para o médico definir o diagnóstico e que dá uma ideia geral do prognóstico. Chamamos de completo ou final, o diagnóstico da neoplasia que permite ao médico e equipe assistente planejar e executar o tratamento ideal para cada caso. Para tanto ele se baseia inicialmente nessas três variáveis, mas pode precisar de outras informações.

A **Topografia** define a localização primária, que é o órgão onde o Câncer começou.

A **Morfologia** informa qual o tipo de tecido e células que formam o câncer.

O **Estadiamento** mostra a extensão da neoplasia ao diagnóstico, em que grau compromete o próprio órgão e até onde ela atinge, se invade os órgãos vizinhos ou ainda se forma lesões fora da região de origem e atinge até órgãos distantes.

#### **Existem mais alguma informação que sirva para o médico fechar o diagnóstico?**

Sim. Dados como a data do diagnóstico e se a neoplasia em questão é de localização primária ou metástase, se é a primeira neoplasia, segunda ou outra são também obrigatórias. Além dessas informações essenciais, o médico pode contar com outros dados que enriquecem o conhecimento sobre a neoplasia e que podem ser necessárias para um planejamento terapêutico mais preciso. Às vezes são dados que já vêm no laudo histopatológico da biopsia ou cirurgia, mas alguns devem ser analisados de forma complementar, geralmente com o uso de exames ou técnicas especiais, tanto do material retirado do tumor quanto de amostras de sangue e outros materiais do organismo.

Se essas informações forem relevantes para o caso, o médico deve anotá-las no formulário da neoplasia, também de forma única e definitiva, exemplos: grau histológico, receptores hormonais, marcadores tumorais, fatores de risco, margem de segurança e outros.

Atualizado em abril de 2016.