



Ministério da Saúde  
**FIOCRUZ**  
Fundação Oswaldo Cruz



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC**  
**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ**  
**INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E**  
**TECNOLÓGICA EM SAÚDE - ICICT**

**A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO DA  
EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL ESPECIALIZADO EM  
TRAUMA ATRAVÉS DA CONSTRUÇÃO DAS ANOTAÇÕES NO  
BOLETIM DE ATENDIMENTO**

**AUTOR: ANDRÉA MARIA PEDROSA GOMES**

**ORIENTADOR: Prof.º Me. RODRIGO DE OLIVEIRA AZEVEDO**

**PORTO ALEGRE**

**2014**

ANDREA MARIA PEDROSA GOMES

**A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO DA  
EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL ESPECIALIZADO EM  
TRAUMA ATRAVÉS DA CONSTRUÇÃO DAS ANOTAÇÕES NO  
BOLETIM DE ATENDIMENTO**

Projeto de pesquisa apresentado como requisito para obtenção do título de Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, ministrado pela FIOCRUZ e GHC.

Orientador: Prof.<sup>o</sup> Me. Rodrigo de Oliveira Azevedo

Porto Alegre

2014

## SUMÁRIO

RESUMO .....	4
1 INTRODUÇÃO.....	5
1.1 TEMA.....	8
1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA.....	8
1.3 HIPÓTESE .....	8
1.5 OBJETIVO .....	9
Objetivo Geral .....	9
Objetivo Específico.....	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO .....	10
2.1 HISTÓRIA DOS REGISTROS EM SAÚDE.....	10
2.2 LEGISLAÇÃO SOBRE REGISTROS EM SAÚDE .....	12
2.3 O TRABALHO EM SAÚDE .....	14
3 MÉTODO.....	19
ASPECTOS ÉTICOS.....	20
CRONOGRAMA OPERACIONAL .....	20
ORÇAMENTO.....	21
REFERENCIAS .....	23
APÊNDICES.....	26
ANEXOS.....	28

## RESUMO

O objetivo dessa pesquisa será o de conhecer quais as conformidades das anotações realizadas no boletim de atendimento pelos profissionais que trabalham na emergência do Hospital Cristo Redentor (HCR) e assim verificar a qualidade desses registros. Foi realizada uma breve revisão teórica sobre: história dos registros em saúde, legislação de registros em saúde e trabalho em saúde. Utilizarei como caminho metodológico a abordagem qualitativa. No estudo qualitativo descreverei através da análise dos registros realizados nos boletins de atendimento, as conformidades dessas anotações em consonância com a legislação vigente, evidenciando a qualidade desses registros. Na abordagem quantitativa utilizarei um checklist para coleta dos dados, de onde sairão as variáveis para a construção de tabelas de frequências para análise das conformidades dos boletins de atendimento. Os resultados obtidos por esta intervenção deverão ser apontados em um relatório final e divulgados nos fóruns adequados.

**Palavras chaves:** Registros em saúde. Conformidades. Qualidade.

# 1 INTRODUÇÃO

Pensar é um ato solitário.

Martin Heidegger

O Hospital Cristo Redentor (HCR), conhecido como o Pronto-Socorro da Zona Norte, é referência no atendimento a pessoas acidentadas, estando entre os três existentes no Rio Grande do Sul. Com 264 leitos, é especializado em traumatologia-ortopedia, neurocirurgia, bucomaxilofacial, cirurgia plástica e queimados, cirurgia do trauma em geral, entre outros.

O HCR junto com o Hospital Fêmeina foram incorporados ao Hospital Nossa Senhora da Conceição conforme o decreto 7.718/2012 e fazem parte do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

Em 2009, a emergência do HCR foi ampliada e qualificada, melhorando a assistência à população e as condições de trabalho dos funcionários. O setor ganhou também mais leitos, totalizando 23, distribuídos por meio da classificação de risco.

A emergência do HCR no mês de janeiro de 2014 atendeu 8.536 usuários. A origem da demanda é na maioria espontânea, ou seja, procura o serviço por meios próprios, outra parcela é oriunda da regulação do SAMU POA ou Metropolitano e também são atendido avaliações intra-hospitalares.

Os profissionais que atendem na emergência compõem uma equipe multidisciplinar de enfermeiras (os), assistentes sociais, odontólogos e médicos das diversas especialidades. Conta também com equipe de apoio administrativo, técnicos de radio imagem, técnicos de enfermagem, higienização e segurança física.

A área denominada como AZUL é o espaço físico dentro da emergência do HCR que é classificada como a de menor complexidade, ou seja, os atendimentos de urgências, casos que podem aguardar atendimento sem riscos de morte ou incapacitação, onde os usuários chegam na maioria por meios próprios.

Após a classificação de risco é gerado um boletim de atendimento (B.A) que será utilizado para os registros da equipe multiprofissional que atenderá esse usuário segundo suas necessidades de saúde.

O boletim de atendimento é o prontuário do paciente em atendimento na emergência do HCR. Nele deverão constar os dados pessoais do paciente, suas demandas de saúde, a assistência prestada, as orientações de alta, ou seja, a comprovação que o usuário está sendo tratado convenientemente ou não.

Para tanto esse prontuário deverá ser organizado para prestar serviços de saúde ao paciente e servirá como instrumento de consulta, comunicação entre a equipe multiprofissional de assistência ao paciente, estatística médico-hospitalar, ensino, pesquisa, processos ético-legais, entre outros.

Considerando que o prontuário do paciente é um documento imprescindível no sistema de saúde e as anotações/registros da equipe multiprofissional devem conter aspectos de legibilidade e importância de conteúdo, o tema de mostra relevante como objeto de pesquisa.

Percebemos cada profissional realizando fluxos de informações de maneira particular, sem orientação técnica ou avaliativa, apesar de existir a resolução 1638, de 10/07/2002 CFM (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002) que no Art. 3º institui a obrigatoriedade da criação das *Comissões de Revisão de Prontuários* nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

A escolha do tema da pesquisa também está associada a um dos objetivos específicos do curso de ICTS da Escola GHC, que é qualificar a prática profissional, promovendo a reflexão e a atualização conceitual, metodológica e instrumental.

As questões a serem abordadas nessa pesquisa estão relacionadas à qualidade das anotações que são realizadas nos boletins de atendimento da área azul da Emergência do Hospital Cristo Redentor.

As anotações ou os registros nos boletins de atendimento são meios de comunicação importantes entre os integrantes da equipe de saúde que presta a assistência. Também, são fundamentais para que o usuário receba uma resposta adequada e resolutiva para sua necessidade de saúde.

Realizar um diagnóstico sobre as anotações nos boletins de atendimento permitirá um gerenciamento da informação, oportunizando a criação de um ambiente informacional adequado para tomadas de decisões baseadas em fatos, não em intuições ou rumores, objetivando uma qualidade assistencial que atinja nosso alvo principal, o usuário do serviço.

Segundo VALLE (2010) a informação é o maior insumo no ramo da saúde, visto que boa parte do tempo de atuação dos profissionais é normalmente dedicada ao registro e a gestão de informações materializadas em documentos e formulários. O autor cita também que segundo a Organização Pan-americana de saúde (OPAS) os médicos utilizam cerca de um terço do seu tempo para registro de informações, enquanto que enfermeiros quase a metade do seu tempo e que até 45% dos custos em saúde são atribuídos ao manuseio de informação.

A intenção de pesquisar sobre o tema qualidade das informações geradas através dos boletins de atendimento de um serviço de emergência nasce do desejo de participar de forma reflexiva na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando que minha trajetória profissional foi construída junto ao SUS, desde minha atuação como enfermeira, quanto à minha constante formação acadêmica, vivendo a utopia de ver o SUS implantado e sendo usufruído pela população na sua forma mais plena, gerando autonomia, gerando vida.

## **1.1 TEMA**

A qualidade das anotações no prontuário do usuário de uma emergência do Sistema Único de Saúde- SUS no Rio Grande do Sul.

## **1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA**

Foi observado ao longo dos atendimentos na emergência do HCR que as anotações nos boletins de atendimento (B.A) geravam dúvidas tanto nos usuários quanto na equipe multiprofissional.

Sendo assim quais as conformidades ou não conformidades presentes nos registros realizados no boletim de atendimento dos pacientes atendidos na área azul da emergência do Hospital Cristo Redentor?

## **1.3 HIPÓTESE**

- 1) Os registros não são realizados de forma sistematizada e não respeitam a legislação vigente.

## **1.5 OBJETIVO**

### **Objetivo Geral**

Avaliar a conformidade dos registros realizados nos boletins de atendimento dos pacientes pelos profissionais na área azul da Emergência do Hospital Cristo Redentor.

### **Objetivo Específico**

-Identificar e categorizar as conformidades e eventuais não conformidades nos registros realizados nos boletins de atendimento da Emergência do Hospital Cristo Redentor; frente à legislação específica.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Escrever é procurar entender, é procurar reproduzir o irreproduzível, é sentir até o último fim o sentimento que permaneceria apenas vago e sufocador. Escrever é também abençoar uma vida que não foi abençoada.

Clarisse Lispector.”

### 2.1 HISTÓRIA DOS REGISTROS EM SAÚDE

Registrar as informações narradas pelos usuários dos serviços de saúde é um dever diário dos profissionais da área da saúde. A reunião dos dados fornecidos pelo usuário ou seus responsáveis legais, mais as informações resultantes de exames formalizam o prontuário do paciente/usuário.

Segundo Pinto (2006) a história dos registros de informações concernentes às pessoas doentes remonta à Idade Antiga, pois, como ocorreu em outros campos de saberes, também foram encontrados registros gravados em murais.

É atribuído ao médico egípcio Imhotep o que seria o registro escrito mais antigo referente à palavra “cérebro” que se encontra em um papiro, datado em 1700 a.C.

Imhotep, que provavelmente viveu na III Dinastia do Império Antigo no Egito (referente ao período de 2690 e 2670 a.C.) servindo ao Faraó Zoser, além de médico era arquiteto, sacerdote e astrônomo e foram erguidos em sua homenagem templos em Mênfis e em outras localidades, onde os enfermos podiam rezar e receber tratamento médico.

Sua reputação era tão grande entre os egípcios que foi deificada, considerado patrono da escrita, do conhecimento em geral e da medicina. Posteriormente, foi reconhecido pelos gregos como o deus Asclépio.

O papiro, datado em 1700 a.C., foi descoberto em 1862, mas permaneceu inédito até 1930, quando o egiptólogo James Breasted publicou uma extensa tradução comentada de seu conteúdo.

Atualmente, esse papiro é conhecido como “Papiro cirúrgico de Edwin Smith”. Medindo cerca de 4,5 m de largura e 33 cm de altura, esse papiro é composto por 48 casos clínicos, descritos sistematicamente, iniciando pela

cabeça e descendo pelo tórax e pela espinha, até os pés. Cada caso apresenta um título, descrição clínica do caso, diagnóstico e um glossário dos termos técnicos.

A literatura mostra, entretanto, que somente com a institucionalização da medicina científica por Hipócrates de Cós, no século V a.C., é que foi mostrada a necessidade real de se fazer os registros escritos sobre os pacientes a fim de refletir, de maneira exata, o curso da doença e indicar as suas possíveis causas (VAN BEMMEL; MUSEN, 1997).

Florence Nightingale também teve participação no processo de validação dos registros sobre as condições de saúde dos soldados, durante suas atividades cuidando dos feridos dos campos de concentração da Guerra da Criméia (1853-1856), defendia como a importância desses registros como fundamental para a continuidade no tratamento dos pacientes, principalmente no que se refere à assistência de Enfermagem.

“Na tentativa de chegar à verdade, eu tenho buscado, em todos os locais, informações; mas, em raras ocasiões eu tenho obtido os registros hospitalares possíveis de serem usados para comparações [...]”. (NIGHTINGALE, 1989, P. 125).

Realizar um registro é além de documentar é uma comunicação, estabelecendo por escrito às ocorrências clínicas do paciente e as ações assistenciais executadas, segundo o Código de Ética da Enfermagem (1993) quem deve registrar e quem executou o cuidado e ninguém mais, no Capítulo I, Art. 25 está definido que deverá ser registrado no prontuário do paciente todas as informações inerentes e indispensáveis no processo de cuidar.

No Brasil, o uso do prontuário começou a ser realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo pela professora Dr<sup>a</sup>. Lourdes de Freitas Carvalho, depois de especializar-se nos Estados Unidos, onde fora estudar sistemas de arquivo e classificação de observações médicas. (MARQUES, 2008, P. 24)

O sistema utilizando prontuários também foi adotado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que colaborou para seu fortalecimento em âmbito nacional e atualmente é estabelecida sua obrigatoriedade para cada paciente através do artigo 69 da resolução nº. 1246/88 do Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Ao estudar o prontuário do paciente constata-se que ele possui várias denominações: Prontuário do Paciente, Prontuário Médico, Registro do Paciente etc. Entretanto, independentemente de denominação, segundo Roger e Gaunt (1994, p.194), o prontuário do paciente é “uma memória escrita das informações clínicas, biológicas, diagnósticos e terapêuticas de uma pessoa, às vezes individual e coletiva, constantemente atualizado”. (apud Pinto, 2006)

## 2.2 LEGISLAÇÃO SOBRE REGISTROS EM SAÚDE

Para Bittar (1980), o prontuário constitui-se numa forma de contrato, sendo o instrumento de ligação entre os profissionais e o paciente, de valor legal e jurídico e com implicações como tal.

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), a definição de prontuário é dada pela resolução nº 1.638/02, que diz no seu artigo 1º ser:

“Um documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados e gerados 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.”

No âmbito jurídico, temos o Código Civil no art. 144 e o Código Penal Brasileiro nos art. 153 e 154, que tratam da garantia do sigilo das informações contidas no prontuário. Portanto, todos os dados relativos à hospitalização não podem ser divulgados e, de acordo com o artigo 38 do Código de Ética Médica, a revelação do segredo só é permitida em casos bem específicos.

No Código de Ética Médica o art. 59 prevê que o prontuário pertence ao paciente e ao médico, já que contém todas as informações relativas ao primeiro e é elaborado pelo segundo. O que não podemos concordar, pois o prontuário deve ser de pertencimento somente do paciente, considerando que o mesmo é construído por outros profissionais da equipe de saúde e não só pelo profissional médico.

Podemos aferir ao prontuário do paciente as seguintes finalidades: instrumento de defesa legal, ficha de contabilização econômico-financeira para cobrança de honorários profissionais e serviços prestados, levantamento de casuística para pesquisa e ensino e a qualidade da assistência.

Para que todas essas finalidades sejam atendidas, o prontuário deve conter dados das informações sociais do usuário (identificação, situação familiar e social, termos de autorização e responsabilidade), informações médicas (histórico, anamnese, exame físico, exames complementares, relatórios de cirurgia e anestesia, prescrição, evolução clínica e diagnóstico definitivo), informações da enfermagem (relatório de enfermagem, gráficos ou registros de sinais vitais, prescrição de enfermagem) e informações de outras categorias que prestaram em algum momento assistência ao usuário/paciente como: assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, entre outros.

Os registros devem conter assinatura com identificação e número de conselho do profissional e as evoluções e prescrições devem ser diárias. Sobre a legibilidade a Resolução 70/95 do Conselho de Medicina prevê a obrigatoriedade do preenchimento ser realizado com letra legível do profissional bem como assinatura e carimbo ou nome legível do médico e respectiva inscrição no seu conselho estadual.

Data de julho de 2002 a resolução nº. 1638 do Conselho Federal de Medicina que regulamentou e tornou obrigatória a criação de Comissões de Revisão de Prontuários em todas as instituições de saúde, devido sua importância no sentido de controle, fiscalização e garantia da qualidade das informações para a instituição, para a equipe multiprofissional e também para os pacientes.

De acordo com a legislação é abordado no Artigo 69 do Código de Ética Médica que “é vedado ao médico deixar de elaborar prontuário médico

para cada paciente" e no Artigo 70 do Código de Ética Médica "É vedado ao médico negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias a sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros".

Em consulta ao Código de Ética dos Assistentes Sociais (1993) não existe orientações específicas sobre o preenchimento de prontuários, sobre a identificação do profissional no título II, art. 3º, item b temos a seguinte redação: *utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão.*

Segundo o Código de Ética dos Odontólogos no Capítulo VII, Art. 17 Art. 17 é obrigatória à elaboração e a manutenção de forma legível e atualizada de prontuário e a sua conservação em arquivo próprio seja de forma física ou digital. No Parágrafo Único do mesmo capítulo esta especificado que os profissionais da Odontologia deverão manter no prontuário os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, nome, assinatura e número de registro do cirurgião-dentista no Conselho Regional de Odontologia.

### 2.3 O TRABALHO EM SAÚDE

Para Mezzomo (2000) o prontuário possibilita atendimento e tratamento mais rápido e eficiente, mediante os dados em registro, simplifica e dispensa interrogatório e exames complementares já realizados, com redução do custo de atendimento e do tempo de permanência hospitalar.

Nesse contexto o boletim de atendimento é o prontuário do paciente em atendimento na emergência do HCR, nele constará os dados pessoais do paciente, suas demandas de saúde, a assistência prestada, as orientações de alta, ou seja, a prova que o usuário está sendo tratado convenientemente ou não.

Na visão de Maria Fernanda Santos Siqueira (1996) é imprescindível à compreensão pelo paciente das informações recebidas, elas devem ser transmitidos com todos os elementos relevantes e suficientes para que o paciente possa emitir um consentimento livre e esclarecido e assim se efetivar a ação em saúde.

No posicionamento de Casabona e Queiroz (2005) o profissional deve adequar à carga informativa ao transmiti-la, a fim de garantir a sua inteligibilidade, se um terceiro que tiver acesso ao documento em que consta a informação e não for capaz de entender e captar por meio dele o mais relevante e essencial do fato – a intervenção médica-, que se realizou com posterioridade de forma consentida, tampouco poderá se considerar suficiente para o paciente que teve que tomar sua decisão somente de posse da verbalização das intenções de ações que visavam atender sua demanda de saúde.

As pontuações acima se relacionam com o tema quando sinalizam o envolvimento dos profissionais na sua atuação junto ao usuário e que desse encontro inúmeras possibilidades são geradas: resolutividade, descompromisso, anotações com qualidade, insatisfações. E na concretude veremos essas possibilidades visualizadas através das anotações no prontuário/ boletim do usuário.

Segundo essa lógica inúmeras podem ser as não conformidades, segundo uma normativa legal vigente, como: rasuras nos registros, letras ilegíveis, faltas de identificação e do número do conselho do profissional, descontinuidade das evoluções e prescrições médicas e falta de complementação de impressos administrativos, entre outras.

A completude do prontuário deve ser avaliada regularmente pela Comissão de Revisão de Prontuários do serviço de saúde e os desvios corrigidos, quando identificados.

No exercício da prática laboral em um serviço de emergência são inúmeros os desafios, dificuldades, práticas excludentes, mas também inúmeras as possibilidades de construção de uma nova práxis. Nesse viés pensamos na construção de um boletim de atendimento/prontuário que promova a autonomia do usuário e o exercício de alteridade entre os atores envolvidos nesse processo.

Pensar sobre o tema proposto nessa pesquisa é pensar o cotidiano desses profissionais, seus anseios, suas dúvidas, suas limitações, seus conhecimentos teóricos e pessoais sobre o significado do seu trabalho ao gerar a partir de suas anotações/registros a história da vida de uma pessoa, que

doente procura um serviço de saúde e que fala através do olhar, da fala, do corpo.

O SUS nasceu a partir do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que foi e segue sendo uma proposta. Ele ofereceu princípios e proposições como os que configuram no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde e também no texto constitucional, mas ao mesmo tempo é ainda um projeto, pois representa um conjunto de ações, uma consciência sanitária ainda em processo de amadurecimento, de consolidação (Paim, 1997).

Uma das ideias da reforma sanitária era a crítica às práticas hegemônicas de saúde e a proposição de uma nova divisão do trabalho em saúde. Mas herdamos no processo de constituição do SUS um conjunto de serviços – hospitais, ambulatórios e unidades básicas – que funcionavam em estreita relação com os serviços privados conveniados por meio da compra de serviços. Todos esses serviços operavam com os conceitos hegemônicos de saúde e de organização do trabalho em saúde e assim continuam, o modelo médico hegemônico e hospitalocêntrico ainda predomina na sociedade (Feuerwerker, 2005).

O SUS real, apesar dos avanços, sim eles existem apesar de nós, está muito distante da proposta sonhada pelo movimento da reforma sanitária, temos fragilidades que põe em risco sua legitimidade política e social, a disputa permanente em relação à saúde como direito, a concepção do que é saúde e as maneiras de construir essa concepção são campos de luta ideológica e mobilizar os agentes capazes de consolidar os princípios do SUS é estratégico para a construção democrática da saúde no país.

Vivemos um paradoxo no campo da saúde, temos o SUS, um sistema de saúde público e universal, construído sobre uma ótica democrática de utopia igualitária, de garantia da saúde como direito individual e do reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença. Mas temos também um “subsistema” privado que reforça na sociedade e junto aos trabalhadores da saúde valores que o SUS quer desconstruir, um sistema privado que trabalha sob a égide de que ter direito à saúde é poder consumir serviços médicos, procedimentos especializados, medicamentos e tecnologias.

Os trabalhadores em saúde são ainda formados dentro dessa lógica de mercado e isso interfere na consolidação do SUS, ou será que alguém ainda duvida disso?

O trabalho em saúde segundo Feuerwerker (2005) não é completamente controlável, pois se baseia em uma relação entre pessoas, e está sujeito aos “desígnios” do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de concretização da prática. Esse trabalhador traz para o espaço público o que lhe é privado, sua história de vida, suas ideias, valores e concepções acerca do que seja saúde, do que seja trabalho em saúde e como ele deve ser realizado.

Para Helman (2003) os trabalhadores fazem uso de seus espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, de acordo com seus valores e/ou interesses. Temos então nos serviços de saúde um cenário complexo de disputas conscientes e que se misturam o privado e o público no processo coletivo de trabalho, onde o cotidiano possui duas faces: a dos papéis institucionais e a das práticas privadas.

O trabalho em equipe segundo Peduzzi (2001) é dinâmico e tem uma plasticidade que pode configurar equipes de trabalho integradas ou equipes que expressam o mero agrupamento de profissionais. Autores como GONÇALVES, 1992 e SCHRAIBER, 2006 contribuíram para o entendimento do trabalho em equipe de saúde e sobre como intervir praticamente nesse cenário, mostrando possibilidades de explicação/compreensão visando à transformação na realidade, que mostra um trabalho em saúde fragmentado, hierarquizado, individualizado e instrumental.

E como isso reflete na qualidade das anotações geradas através dos prontuários/boletins? Aponto várias possibilidades, como:

- um trabalho em saúde fragmentado poderá resultar em exposição do usuário a procedimentos desnecessários ou em excesso, nesse processo a falta da anotação pertinente sobre o procedimento realizado de forma displicente é gerado num efeito cascata;

- um trabalho em saúde no âmbito do SUS manifesto dentro da lógica de hierarquização pressupõe que o meu trabalho, a minha ciência é mais importante que a do outro, então eu não preciso dialogar com esse outro profissional e isso pode se materializar na forma de anotações incompletas ou superficiais;

- práticas assistenciais realizadas num contexto público, mas seguindo a lógica do sistema privado (consumo de tecnologias/medicamentos) poderá produzir anotações/ações em saúde que não são relevantes para o usuário como a prescrição de um medicamento que não consta na lista de medicação disponibilizada pelo SUS e que dependerá do poder econômico desse usuário podendo acarretar no agravamento ou na cronificação do seu problema de saúde.

Sendo assim pontuamos a questão da subjetividade do trabalhador em saúde como um aspecto importante para entender como ele simbolizada essa subjetividade na hora da criação das anotações no prontuário do usuário e defendo que para que exista qualidade nesse processo, deve haver o reconhecimento desse trabalhador no sentido de pertencimento a esse espaço público e a internalização do projeto que esse contexto defende, associando a noção de direito à saúde desse usuário ao aperfeiçoamento de um sistema público de saúde em todas suas dimensões.

### 3 MÉTODO

Será utilizada uma abordagem mista para a presente pesquisa buscando assim um entendimento mais acurado do objeto em estudo:

-na abordagem qualitativa buscarei aprofundar os significados das ações e relações humanas no contexto organizacional dos profissionais que atendem na área azul da emergência do HCR. Segundo Minayo (1994) existe um lado não perceptível e não captável em equações ou estatísticas, essa percepção se dá através da compreensão e interpretação dos fenômenos que envolvem os seres humanos e suas intrincadas relações sociais estabelecidas em seu ambiente natural. A coleta de dados será através da análise das informações contidas nos registros dos boletins de atendimento e assim criar as categorias que irão confirmar ou modificar a hipótese formulada, assim em um constante vai e vem da teoria para os dados e vice-versa, as categorias irão ficando mais claras e apropriadas ao propósito dessa pesquisa. Sob essa ótica, Lakatos e Marconi (1996) fazem referência expressa à formulação de hipóteses no estudo descritivo, ao afirmar que uma pesquisa descritiva pode ser um estudo de verificação de hipóteses, o qual contém hipóteses explícitas a serem verificadas, derivadas da teoria, consistindo-se em caso de associação de variáveis. Trata-se, portanto, de uma modalidade de pesquisa cujo objetivo principal é descrever, analisar ou verificar as relações entre fatos e fenômenos (variáveis), ou seja, tomar conhecimento do que, com quem, como e qual a intensidade do fenômeno em estudo;

-na linha quantitativa utilizarei a análise de frequências e tendências representativas e segundo os objetivos o desenho será descritivo, caracterizado pela observação da frequência com que um fenômeno acontece ou como se estrutura e funciona um sistema, método, processo ou realidade operacional. A coleta dos dados será através do checklist de onde sairão as variáveis para a construção das tabelas de frequências para a análise das conformidades dos boletins de atendimento;

-o estudo será instantâneo ao buscar descrever o fenômeno no momento da realização do mesmo;

-local do estudo será a emergência do HCR: especificamente à área azul, elegi a área azul por ser o setor da emergência que possui o maior fluxo de pacientes, sendo uma fonte rica de dados;

-a amostragem de boletins de atendimento será o total de boletins de uma semana, conforme cronograma de execução e irei utilizar como universo do estudo todas as especialidades que atendem na emergência do HCR na área Azul;

-será uma pesquisa documental, segundo os procedimentos de coleta e fontes de informação, onde esse tipo de pesquisa se caracteriza pelo exame de materiais de natureza diversa, que ainda não receberam um tratamento analítico, buscando-se interpretações novas e/ou complementares;

-o instrumento de coleta de dados será um formulário tipo check list de conformidades e não conformidades, segundo a legislação vigente sobre o tema;

## ASPECTOS ÉTICOS

Conforme resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/ MS, os princípios éticos da pesquisa que envolve seres humanos serão observados nesta pesquisa. Considerando esta orientação, a pesquisa somente será realizada após ser submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição do Rio Grande do Sul e também após a anuência da instituição onde será realizada a pesquisa.

A resolução incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Estes princípios têm por finalidade, assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao estado.

## CRONOGRAMA OPERACIONAL

ETAPAS	Jul- Agos 2013	Set- Out 2013	Nov- Dez 2013	Jan- Fev 2014	Mar- Abr 2014	Mai- Jun 2014	Jul- Agos2014
Revisão Teórica	X	X	X	X			

Elaboração do projeto de pesquisa		X	X	X			
Apresentação ICTS/ Comitê de Ética				X			
Levantamento do material para análise				X			
Análise do material					X	X	
Relatório Final						X	
Divulgação da pesquisa						X	X

## ORÇAMENTO

HORAS DE TRABALHO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Pesquisa de referencial teórico e elaboração de projeto 3h/dia	200 horas	R\$ 30,00	R\$ 6000,00
Coleta e análise de dados (sistematizações documentais)	180 horas	Diversos	R\$ 5300,00
Elaboração proposta final	160 horas	Diversos	R\$ 4000,00
<b>TOTAL</b>	<b>540 horas</b>		<b>R\$ 15300,00</b>

MATERIAL	QUANTIDADE	PREÇO	TOTAL
----------	------------	-------	-------

PERMANENTE		UNITÁRIO	
Computador		3000,00	3.000,00
Impressora		450,00	450,00
Total			3.450,00

MATERIAL DE CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	TOTAL
Papel A4	1 resma	35,00	R\$ 35,00
Caneta	4 canetas	3,00	R\$ 12,00
Tinta para impressora	1 cartucho preto	85,00	R\$ 85,00
Tinta para impressora	1 cartucho color	95,00	R\$ 95,00
Envelopes	10 unidades	1,00	R\$ 10,00
Clipes	1 caixa	6,00	R\$ 6,00
Total			R\$ 243,00
Total geral			R\$ 18.993,00

## REFERENCIAS

BITTAR, O. J. N. U. Aspectos legais do prontuário médico no Brasil. **Rev. Paulista de Hospitais**, 1980.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.331 de 21 de setembro de 1989. Dispõe sobre o prontuário médico. Brasília – DF. Diário Oficial da União. P.17145.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.638 de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de prontuários nas instituições de saúde. Brasília. Diário Oficial da União nº 153, seção 1.

BRASIL. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução nº 70 de 14 de novembro de 1995. Dispõe sobre o prontuário médico. Diário Oficial do Estado. São Paulo. Nº 226 de 28 de novembro de 1995. Seção 1.

BRASIL. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Manual de Diretoria Clínica. São Paulo, 2000. 81p.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 191 de 31 de maio de 1996. RJ. Dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização, pelo pessoal de Enfermagem.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 160 de 12 de maio de 1993. RJ. Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. Resolução 290/94 e 293/94 de 15 de março de 1993. Dispõe sobre o Código de Ética do Serviço Social.

BRASIL. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Código de Ética Médica: e textos legais, direitos e deveres dos médicos e pacientes. São Paulo. 2001. 112p.

BRASIL. Conselho Federal de Odontologia. Resolução 118 de 1 de janeiro de 2012. RJ. Dispõe sobre o Código de Ética Odontológica.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.246 de 8 de fevereiro de 1988. Resolve aprovar o Código de Ética Médica. Rio de Janeiro. Disponível em: [cfm@cfm.org.br](mailto:cfm@cfm.org.br) acesso em agosto de 2013. (legibilidade de impressos do prontuário).

BRASIL. Código Civil Brasileiro. Rio de Janeiro. 1º de janeiro de 1916. Livro III dos Atos Jurídicos. Título I – Dos Atos Jurídicos. Cap. IV – Da forma dos Atos Jurídicos e da Sua prova. Artigo 144.

BRASIL. Código Penal Brasileiro. Cap. VI – Dos crimes contra a liberdade individual. Seção IV – Dos crimes contra a inviolabilidade dos segredos. Artigo 153 – Divulgação dos segredos.

BRASIL. Código Penal Brasileiro. Cap. VI – Dos crimes contra a liberdade individual. Seção IV – Dos crimes contra a inviolabilidade dos segredos. Artigo 154 – Violação do segredo Profissional. Rio de Janeiro – 7 de dezembro de 1940. 119º da Independência e 52º da República.

CASABONA, Carlos Maria Romeo; Queiroz, Juliane Fernandes. Biotecnologia e suas implicações ético- jurídicas. Belo Horizonte. Del Rey, 2005.

DOS SANTOS CASTROA, Fabiano; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Alma, mente e cérebro na Pré-história e nas primeiras civilizações humanas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 1, p. 37-48, 2010.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface – Comunicação, Saúde e Educação, v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.

GONÇALVES, R. B. M.. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

GROSSMAN, Eloisa. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro \_ Vol. 30, Nº 1 – Jan-Abr, 2006.

HELMAN, C. Cultura, saúde e doença. Porto alegre: Artmed, 2003.

História da Medicina. Disponível em: <http://historyofmedicine.blogspot.com/2007/02/imhotep-o-verdadeiro-pai-da-medicina.html>. Acessado em 24 de agosto de 2013.

MARQUES, Willian Agostinho Arquivo Permanente da Casa de Saúde São Sebastião: prontuário médico do paciente / Willian Agostinho Marques - 2008.68 f.

MEZZOMO, Augusto A. Serviço de Prontuário de Paciente: organização e técnica. 3. ed. São Paulo: CEDAS, 2000.

NIGHTINGALE, Florence. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez, 1989

PEDUZZI, Marina; PINHEIRO, R. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**, 2007.

PINTO, Virgínia Bentes et al. Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde. **Revista Eletrônica Biblioteconomia e Ciência da Informação, Florianópolis**, n. 21, 2006.

ROTTA, Carmen Silvia Gabriel. Diretrizes: metas e medidas para obtenção da qualidade do prontuário. *Revista de Administração em Saúde. RAS \_ Vol. 5, Nº 20 – Jul-Set, 2003.*

SCHRAIBER, L. B.. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.4, n.2, p. 221242, 1999.

SILVA, Fábíá Gama; TAVARES-NETO, José. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v.31, n.2, Aug. 2007. Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01005502200700020002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01005502200700020002&lng=en&nrm=iso)>.access on 24 Aug. 2013.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000200002>.

SIQUEIRA, M. F. S.. Consentimento Informado: o direito do paciente à informação, o respeito à sua autonomia e a responsabilidade civil do médico. *Revista da ESMape da Escola Superior da Magistratura de Pernambuco*. Ano I, nº 01, Recife, 1996.

TUOTO, E. A. Imhotep, o verdadeiro pai da medicina. In: Toto E.A, editor.

VALLE, André et al. *Sistemas de Informações Gerenciais em organizações de saúde. Série Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A

#### TERMO DE ANUÊNCIA DA DIREÇÃO DO HOSPITAL CRISTO REDENTOR

Ref.: Projeto de pesquisa intitulado: A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO DA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL ESPECIALIZADO EM TRAUMA ATRAVÉS DA CONSTRUÇÃO DAS ANOTAÇÕES NO BOLETIM DE ATENDIMENTO

Nós, \_\_\_\_\_, responsáveis pela Diretoria Administrativa do HCR, temos ciência do projeto de pesquisa supracitado, desenvolvido por Andrea Maria Pedrosa Gomes. Conhecemos seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando cientes de que a pesquisadora não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Desta forma, autorizamos sua execução.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

## APÊNDICE B

## PROPOSTA PARA INSTRUMENTO DE ANÁLISE DOS REGISTROS NOS BOLETINS DE ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA DO HCR

1) Especialidade: ( ) socorrista ( ) neuro ( ) traumato ( ) buco ( ) cirurgia do trauma ( ) cirurgia plástica ( ) vascular ( ) enfermagem ( ) assistente social

Preenchimento				
Completude	Hora do atendimento	( ) sim	( ) não	
	Registro da queixa do atendimento	( ) sim	( ) não	
	Registro dos resultados de exames	( ) sim	( ) não	
	Letra legível	( ) sim	( ) não	
	Assinatura	( ) sim	( ) não	
	Carimbo ou inscrição do conselho	( ) sim	( ) não	
	Registro de orientações para alta (medicações/cuidados/encaminhamentos)	( ) sim	( ) não	

## ANEXOS

## ANEXO A

**RESOLUÇÃO CFM nº 1.639/2002**

***Aprova as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências.***

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

**CONSIDERANDO** que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

**CONSIDERANDO** que os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitado por ele ou seu representante legal, permitam o fornecimento de cópias autênticas das informações a ele pertinentes;

**CONSIDERANDO** o teor da Resolução CFM nº 1.605/2000, que dispõe sobre o fornecimento das informações do prontuário à autoridade judiciária requisitante;

**CONSIDERANDO** que o sigilo profissional, que visa preservar a privacidade do indivíduo, deve estar sujeito às normas estabelecidas na legislação e no Código de Ética Médica, independente do meio utilizado para o armazenamento dos dados no prontuário, seja eletrônico ou em papel;

**CONSIDERANDO** o volume de documentos armazenados pelos estabelecimentos de saúde e consultórios médicos em decorrência da necessidade de manutenção dos prontuários;

**CONSIDERANDO** os avanços da tecnologia da informação e de telecomunicações, que oferecem novos métodos de armazenamento e de transmissão de dados;

**CONSIDERANDO** a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

**CONSIDERANDO** o disposto na Resolução CFM nº 1.638/2002, de 10 de julho de 2002, que define prontuário médico e cria as Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde;

**CONSIDERANDO** o teor do Parecer CFM nº 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** - Aprovar as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", anexas a esta resolução, possibilitando a elaboração e o arquivamento do prontuário em meio eletrônico.

**Art. 2º** - Estabelecer a guarda permanente para os prontuários médicos arquivados eletronicamente em meio óptico ou magnético, e microfilmados.

**Art. 3º** - Recomendar a implantação da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos em todas as unidades que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos de prontuários médicos, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileira (a Resolução CONARQ nº 7/97, a NBR nº 10.519/88, da ABNT, e o Decreto nº 4.073/2002, que regulamenta a Lei de Arquivos – Lei nº 8.159/91).

**Art. 4º** - Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários médicos em suporte de papel.

**Parágrafo único** – Findo o prazo estabelecido no *caput*, e considerando o valor secundário dos prontuários, a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, após consulta à Comissão de Revisão de Prontuários, deverá elaborar e aplicar critérios de amostragem para a preservação definitiva dos documentos em papel que apresentem informações relevantes do ponto de vista médico-científico, histórico e social.

**Art. 5º** - Autorizar, no caso de emprego da microfilmagem, a eliminação do suporte de papel dos prontuários microfilmados, de acordo com os procedimentos previstos na legislação arquivística em vigor (Lei nº 5.433/68 e Decreto nº 1.799/96), após análise obrigatória da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

**Art. 6º** - Autorizar, no caso de digitalização dos prontuários, a eliminação do suporte de papel dos mesmos, desde que a forma de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça à norma específica de digitalização contida no anexo desta resolução e após análise obrigatória da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

**Art. 7º** - O Conselho Federal de Medicina e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), mediante convênio específico, expedirão, quando solicitados, a certificação dos sistemas para guarda e manuseio de prontuários eletrônicos que estejam de acordo com as normas técnicas especificadas no anexo a esta resolução.

**Art. 8º** - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 9º** - Fica revogada a Resolução CFM nº 1.331/89 e demais disposições em contrário.

Brasília-DF, 10 de julho de 2002

**Edson de Oliveira Andrade**

**Presidente**

**Rubens dos Santos Silva**

**Secretário-Geral**