



Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal

# PRONTUÁRIO MÉDICO DO PACIENTE

GUIA PARA USO PRÁTICO



Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal

## **Prontuário Médico do Paciente Guia para uso prático**

Publicação do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal

W 3 Sul - Quadra 701 - Centro Empresarial Assis Chateaubriand  
Bloco II - Salas 301/314 - CEP 70340-906  
Fone: (61) 3322 0001 - Fax: (61) 3226 1312  
Internet: [www.crmdf.org.br](http://www.crmdf.org.br)  
Endereço eletrônico: [crmddf@crmddf.org.br](mailto:crmddf@crmddf.org.br)

Conselheiro responsável  
Simônides Bacelar

Médicos colaboradores  
Geraldo Damiano Secunho  
Wanderley Macedo de Almeida

Enfermeira colaboradora  
Ana Lúcia Lins Oliveira

Diagramação e editoração eletrônica  
F4 Comunicação Ltda.

Capa  
Strauss Publicidade e Propaganda

Fotolitos e impressão  
Starprint - Gráfica e Editora

Tiragem  
3.000 exemplares

**C755** Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal.  
Prontuário médico do paciente: guia para uso prático / Conselho  
Regional de Medicina do Distrito Federal . - Brasília: Conselho Regional  
de Medicina, 2006.  
94 p. ; 15 cm.

ISBN 85-99754-03-3

Contém anexos.

1. Medicina – Manual. 2. Leis e legislação médica. 3. Médico e paciente.  
I. Título.

CDU 616-082(036)  
NLM W 49

---

## PREFÁCIO

Esta obra foi elaborada com base na experiência dos relatores por sua participação em comissões de prontuário e tem o objetivo de servir a profissionais e estudantes da área biomédica em forma de guia prático. Os temas são apresentados em verbetes, sem descrições enciclopédicas, as quais seriam justas e cabíveis em trabalhos mais extensos.

Durante o período de atuação nas comissões, os autores confrontaram-se com a insuficiência de normas próprias para padronização dos procedimentos em relação aos prontuários. É comum cada instituição estabelecer condutas próprias e criarem, por exemplo, o formato dos seus impressos para composição de seu prontuário entre outras iniciativas de grande utilidade as mais das vezes.

Uma multitude de resoluções, conceitos, pareceres, leis, códigos, ementas e dispositivos similares é a situação de frontada pelas equipes de comissão de prontuários quando necessitam de adotar procedimentos e resolver problemas. As interpretações, não raramente, são conflitantes, o que, às vezes, pode criar desânimo, labores prolongados e inconsistências nas soluções dos problemas pertinentes ao prontuário.

Este pequeno relato está distante de representar solução para esse quadro. Apenas configura uma semente à procura de boa terra para se desenvolver. Prezamos que seja estímulo para profissionais que também se aplicam ao assunto e desejem contribuir com seus trabalhos para que esse campo, ainda carente de bom volume de publicações técnicas, e possam fornecer mais subsídios de segurança aos que o procuram.

\* \* \*

---

---

# Prontuário Médico do Paciente

“O prontuário do paciente representa segurança para os médicos cultos e conscienciosos, ameaça constante para audazes sem escrúpulos, ignorantes incorrigíveis e uma barreira intransponível contra reclamações e caprichos de clientes descontentes.”  
(Lacassagne)

Fazer bem feito não basta, é preciso registrar

Conselheiro responsável  
Simônides da Silva Bacelar<sup>1</sup>

Colaboradores  
Geraldo Damião Secunho<sup>2</sup>  
Wanderley Macedo de Almeida<sup>3</sup>  
Ana Lúcia Lins Oliveira<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Médico, Conselho Regional de Medicina, DF, Comissão de Prontuário do Hospital Universitário da Universidade de Brasília. Internet: [simonides@uol.com.br](mailto:simonides@uol.com.br)

<sup>2</sup> Médico fiscal do CRM-DF no período de 2002 a 2004, Comissão de Prontuário, Hospital das Forças Armadas, de 2000 a 2004

<sup>3</sup> Médico-cirurgião, ex-membro da Comissão de Prontuário do Hospital de Base do DF

<sup>4</sup> Enfermeira, Hospital Universitário da Universidade de Brasília, Comissão de Prontuário

---

# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	7
SIGNIFICADO DO PRONTUÁRIO .....	9
RESUMO HISTÓRICO .....	10
OBJETIVOS E BENEFÍCIOS .....	11
COMISSÃO DE REVISÃO DO PRONTUÁRIO .....	13
SERVIÇO DE PRONTUÁRIO .....	16
Abertura e numeração do prontuário .....	16
Serviço de arquivo .....	17
Pesquisas em prontuários .....	17
Guarda de prontuários .....	18
Destrução do prontuário .....	19
Arquivo paralelo .....	19
Microfilmagem .....	19
ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS .....	20
SIGILO PROFISSIONAL .....	22
Segredo e sigilo .....	23
COMPOSIÇÃO E ORDEM DAS FOLHAS .....	24
Descrição de componentes básicos do prontuário .....	26
Capa do prontuário .....	26
Formulário de identificação .....	26
Formulário de diagnósticos .....	27
Formulário de internação (admissão) .....	28
Prontuário de internação (capa metálica ou especial) .....	28
Formulário de anamnese e exame físico .....	28
Prontuário de serviços de pronto-socorro .....	31
Ficha de recém-nascidos .....	31
Ficha obstétrica .....	32
Folha de evolução .....	32
Folha de resumo de alta .....	33
Folha de pedidos de parecer .....	33
Guia de consulta e relatório de encaminhamento .....	34
Folhas de requisição de exames complementares .....	34
Laudos de exames complementares .....	35
Relatórios de quimioterapia e radioterapia .....	35
Formulário de solicitação de cirurgia .....	35
Folha de descrição dos atos cirúrgicos .....	35
Folha de anestesia .....	37
Folha de prescrições .....	38
Formulário ou boletim de alta .....	40
Formulário de declaração de óbito .....	41
Ficha de fotografias .....	42
Boletim de solicitação de necropsia .....	42
Relatório de necropsia .....	43
Folhas divisórias .....	43
PREENCHIMENTO .....	44
Importância do preenchimento adequado e metódico .....	44
Dados incompletos .....	44
Legibilidade .....	45
Erros gramaticais .....	46
Abreviaturas, siglas e sinais impróprios .....	47
Informática .....	48
Concisão, clareza e exatidão .....	49
Preenchimento dos cabeçalhos .....	49
Numeração de folhas .....	50

“Código Internacional de Doenças” – “O CID” .....	50
Espaços vazios.....	50
<b>RELATÓRIOS DE PROFISSIONAIS NÃO-MÉDICOS .....</b>	<b>51</b>
Relatório de odontologia .....	51
Relatório de enfermagem .....	51
<b>ACESSO AO PRONTUÁRIO .....</b>	<b>53</b>
Pacientes.....	53
Paciente falecido .....	54
Conselhos de medicina .....	54
Médicos .....	55
Representante legal .....	55
Requisição judicial de informações médicas para elucidação de crimes e outras providências .....	55
Delegado .....	56
Agente de inspeção do trabalho .....	56
Auditor.....	57
Perícia por meio de prontuários.....	57
Perícia por médico-legista .....	57
Cobrança de convênio e de seguradoras.....	57
Requerimento por procuração .....	58
Ensino e pesquisa.....	58
Paciente impossibilitado.....	59
Paciente em acidente de trânsito .....	59
Paciente com transtorno mental .....	59
Paciente menor.....	59
Conselho Estadual e Municipal de Saúde.....	59
<b>FALHAS E DÚVIDAS COMUNS.....</b>	<b>60</b>
Prescrição sem exame do paciente .....	60
Médico responsável.....	60
Ausência de prescrição médica por mais de vinte quatro horas .....	61
Prescrição por telefone .....	61
Medicação sem prescrição .....	61
Alteração da prescrição ou do tratamento por outro colega.....	62
Falta de laudos .....	62
Atendimento sem prontuário .....	63
Falta de carimbo .....	64
Relato de lesões sugestivas de maus-tratos de estupro .....	65
Relato de abandono ou recusa de tratamento .....	65
Transferência de paciente.....	66
Uso de impressos para rascunhos .....	67
Autorização para tratamento.....	68
Declaração de óbito sem acompanhamento médico prévio.....	69
Atestado médico .....	70
Licença médica .....	70
Medicina “alternativa” .....	70
Troca de receita .....	71
Parada cardiopulmonar .....	71
Paciente hostil.....	71
Acadêmicos de medicina.....	72
Transplantes de órgãos .....	72
Receitas médicas .....	73
Relatórios médicos.....	73
Faturamento e contabilidade .....	73
<b>MODELO DE AVALIAÇÃO DE PRONTUÁRIOS.....</b>	<b>74</b>
<b>LEIS E NORMAS REFERENTES AO PRONTUÁRIO.....</b>	<b>79</b>
Código de Ética Médica.....	79
Resolução CFM n.º 1.605/2000 .....	82
Resolução CFM n.º 1.638/2002 .....	84
Resolução CFM n.º 1.639/2002 .....	87
Normas técnicas para uso de sistemas informatizados para guarda e manuseio do prontuário.....	89
Certificação dos sistemas informatizados para guarda e manuseio do prontuário .....	91
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>93</b>

## Apresentação

O prontuário tem ampla aceitação e utilização no meio médico. Entretanto, é freqüentemente usado de modo impróprio. Algumas irregularidades, em seu preenchimento, podem ter efeitos danosos para o doente, para o médico e para a medicina. Ilegibilidade das prescrições, por exemplo, pode ensejar troca de medicamentos, o que pode ser fatal para o paciente. A falta de detalhamentos objetivos completos pode dar lugar a prolongadas atribulações judiciais contra o terapeuta, que amiúde podem se acompanhar de grande desgaste moral e de sofrimento psicológico para o profissional. Pesquisas e avaliações também podem ser prejudicadas por anotações ilegíveis ou de leitura penosa, assim como pela falta de organização das papeletas ou, ainda, omissão de fatos relevantes.

É comum, em pesquisas sobre determinada doença, o lamentável descarte de muitos prontuários por motivo de dados incompletos ou não confiáveis. Descrições de cirurgias mais freqüentes, como hérnias inguinais, cesarianas, apendicectomias, colecistectomias e análogas tendem a ser semelhantes, com jeito de carimbos burocráticos. Repetidas vezes, não há descrições de detalhes, de situações interessantes e de achados anormais, que fariam do relato cirúrgico instrumento mais informativo e de maior aproveitamento científico.

Essas ocorrências demonstram que o verdadeiro valor do prontuário permanece desconhecido para grande parte dos usuários. Sua função primordial como fonte de dados vem sendo persistentemente prejudicada pela insuficiente qualidade de grande parte de seus registros.

A prática médica ensina que o profissional precisa ter, além de conhecimentos para diagnosticar e tratar doenças, noções fundamentais sobre atividades de apoio ao exercício da medicina, como administração hospitalar, ética médica, psicologia das relações médico-paciente, vigilância sanitária, infecção hospitalar, metodologia científica, linguagem médica, uso correto do prontuário. Tais noções poderiam ser adquiridas em cursos especiais para estudantes e graduandos, estes ministrados por instituições de ensino na área de assistência biomédica. Conhecimentos sobre ética e prontuário não trazem necessariamente fontes de ganhos financeiros, mas podem evitar sérias perdas.

É primordial que todos os envolvidos com a assistência ao paciente, profissionais, estagiários e acadêmicos tenham seus primeiros contatos com o prontuário e suas normas por intermédio de orientadores especializados, especialmente os que atuam em controle de prontuários.

A desassistência institucional ao prontuário, qualquer seja sua causa, configura inobservância ao princípio bioético de beneficência. O desconhecimento das normas do prontuário e de suas implicações ético profissionais pode ser apontado como causa de mal prática e de outras infrações. O médico pode ser prejudicado pela divulgação de condenações judiciais e no âmbito dos conselhos de classe.

As normas de uso dos registros clínicos são regidas por um complexo de leis, códigos, resoluções, regulamentos, estatutos, regimentos, que freqüentemente trazem mudanças, revogações, adventos de novas legislações e novos dispositivos cujos detalhes, em grande parte, fogem a este estudo.

Este relato tem por finalidade trazer aos profissionais da área biomédica instruções elementares sobre o uso do prontuário. Alguns poucos enunciados são repetidos em outras partes do texto por conveniência didática, já que a repetição favorece o aprendizado. Embora sejam citados códigos, normas oficiais e leis, os preceitos aqui presentes estão mais fundamentados na lógica e no bom senso ético, que em menções e interpretações desses dispositivos legais e normativos, de modo que o profissional de boa fé, assim prezamos, encontrará legitimidade nas proposições a seguir. Lógica e informações específicas compõem, em grande parte, os procedimentos fundamentais no uso do prontuário.

As diversas recomendações de inclusão de muitos itens nas anotações do prontuário pode acarretar acréscimo laboral, mas seu objetivo maior é a de proteção do médico e do paciente. Não poderiam ser sempre adotados procedimentos rigorosamente calçados na letra da lei ou da norma sob pena de eventual cometimento de equívocos. A flexibilidade dentro de um bom senso no proceder construtivo pode ser conduta mais sábia.

Em casos de dúvidas, remetemos o leitor à competência da comissão de prontuário das pertinentes instituições e aos conselhos de classe, federal ou regionais.

## Significado do prontuário

O Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Resolução n.º 1.638/02, define PRONTUÁRIO como “documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, 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”. Para simplificar – é o conjunto de documentos relativos à assistência prestada a um paciente.

O nome prontuário, provém do latim *prontuarium*, lugar em que se guardam as coisas que devem estar à mão, despensa, armário. Daí, por extensão, manual de informações úteis; de *promptus*, preparado, que está à mão; de *promere*, tirar uma coisa de onde está guardada, fazer sair (Houaiss, 2001).

A expressão PRONTUÁRIO MÉDICO é amplamente usada, o que lhe dá legitimidade. Mas é ambígua e, por isso, objeto de críticas, sobretudo de outras áreas profissionais atinentes à assistência ao doente. Nos dicionários, o adjetivo MÉDICO significa medicinal, relativo ao médico, à medicina, àquilo que cura. Desse modo, fica a parecer, sobretudo fora do meio profissional, que o prontuário é do médico ou versa sobre ele ou é usado só por médicos. Tal denominação pode desencorajar profissionais não-médicos de aí fazer suas observações, atitude que pode desfavorecer o enfermo e a equipe assistencial. Embora o prontuário seja escrito, no mais das vezes, pelos médicos, refere-se ao paciente, e os dados aí constantes pertencem a este e à instituição que o assiste. Segundo o parecer CRM-DF 43/2000, toda documentação referente ao atendimento prestado ao assistido pertence a este. Por analogia a LAUDO MÉDICO, RELATÓRIO MÉDICO, EXAME MÉDICO, diz-se também PRONTUÁRIO MÉDICO. Contudo, é oportuno citar que PRONTUÁRIO NOSOLÓGICO DO PACIENTE OU PRONTUÁRIO MÉDICO DO PACIENTE são expressões completas e expressivas, que podem ser adotadas em comunicações científicas formais. Prontuário do paciente é denominação encurtada, aceitável por ser expressiva e “politicamente adequada”. No âmbito médico, pode-se dizer apenas PRONTUÁRIO, como doravante será a forma usada neste estudo.

\* \* \*

## Resumo histórico

O PRIMEIRO RELATÓRIO MÉDICO conhecido situa-se no período entre 3000 e 2500 a.C., feito pelo médico egípcio INHOTEP, que registrou quarenta e oito casos cirúrgicos em um papiro, exposto na Academia de Medicina de Nova Iorque (Carvalho, 1977). Anotações sobre doenças e doentes foram feitas por Hipócrates por volta de 460 a.C. Nos séculos posteriores, pouco se registrou sobre moléstias. Em 1137, já havia anotações relativas aos pacientes no HOSPITAL SÃO BARTOLOMEU em Londres, a primeira instituição hospitalar de que se tem notícia (Carvalho, ob. cit., p. 142).

Em 1580, na Itália, o religioso Camilo de Lellis aperfeiçoou a assistência aos doentes hospitalizados com mais organização nas prescrições médicas, nos relatórios de enfermagem e nas prescrições do regime alimentar. Em 1897, nos Estados Unidos, o Hospital Geral de Massachussets foi o primeiro a organizar um serviço de arquivo médico e estatística. Em 1913, o Colégio Americano de Cirurgiões, para credenciar hospitais, exigia registro completo dos casos e arquivamento dos prontuários (Mezzomo, 1991, p. 24).

Em 1944, o uso do prontuário foi introduzido no Brasil pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lourdes de Freitas Carvalho, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, depois de estudos especializados nos Estados Unidos da América, onde fora estudar sistemas de arquivo e classificação de observações médicas (Carvalho, 1977; Moraes, 1991, p. 105). O sistema foi adotado pelo Instituto Nacional de Previdência Social, o que contribuiu para sua consolidação no âmbito nacional (Moraes, ob. cit.) e, atualmente, o Código de Ética Médica, aprovado pela resolução n.º 1246/88, estabelece, no artigo 69, a obrigatoriedade de elaboração de prontuário para cada paciente.

\* \* \*

## Objetivos e benefícios

O prontuário deve ser organizado para prestar serviços ao paciente, ao corpo clínico, à administração do hospital e à sociedade. Serve como instrumento de consulta, avaliações, ensino, pesquisa, auditoria, estatística médico-hospitalar, sindicâncias, prova de que o doente foi ou está sendo tratado convenientemente, investigação epidemiológica, processos éticos e legais, comunicação entre os profissionais de assistência ao paciente, defesa e acusação. O prontuário completo possibilita avaliar o desempenho da instituição responsável pela assistência ao enfermo. A avaliação da qualidade e da quantidade de serviços prestados dependerão, primariamente, da exatidão das informações incluídas no prontuário. É fundamental, portanto, que estejam confluídos nesse documento todos os dados sobre o paciente e os cuidados assistenciais a ele dedicados.

Em princípio, o prontuário bem preenchido traz todas as indicações do que é preciso ser feito, o que demonstra seu valor como documento autêntico para desfazer dúvidas quanto aos procedimentos médicos e quanto às respostas do organismo do paciente (Moraes, 1991, p. 106). Possibilita o conhecimento e o controle de infecções pós-operatórias hospitalares, saber quantos diagnósticos clínicos não coincidiram com o diagnóstico pós-operatório e como o anatomopatológico, que percentagem de tecido normal foi retirado e outros detalhes (Carvalho, 1977, p. 169).

A importância dos REGISTROS COMPLETOS é fundamental em caso de intercorrências que exijam intervenção de médicos plantonistas, visto que estes ficarão cientes da evolução da doença pelo exame do prontuário. Além disso, é a forma de ligação e de comunicação entre os variados setores assistenciais.

PARA O PACIENTE, o prontuário possibilita atendimento e tratamento mais rápido e eficiente, mediante os dados em registro. Simplifica ou dispensa interrogatórios e exames complementares já realizados, com redução do custo de atendimento e do tempo de permanência hospitalar (Mezzomo, ob. cit., p. 246).

PARA O MÉDICO, é defesa legal como provas documentais em processos com tramitação nos conselhos de classe e tribunais de Justiça, facilita o trabalho na elaboração da diagnose e instituição do tratamento. Permite, a qualquer tempo, a realização de repetidas avaliações sobre diagnóstico, tratamento e resultados obtidos e comparação com outras

instituições. Dá condições para que outro médico assuma o atendimento quando necessário. Possibilita ao médico-legista a emissão de pareceres periciais com mais segurança, e define a competência do profissional assistente (Mezzomo, ob. cit., p. 247).

PARA A INSTITUIÇÃO ASSISTENCIAL E OS PODERES PÚBLICOS, constitui defesa legal, demonstra o padrão de atendimento oferecido, pela análise dos resultados, dispõe dados comprobatórios para reivindicações e, nas sindicâncias, para apurações de fatos desencadeantes de processos (Coelho Júnior, s.d., p. 8). É ferramenta essencial em sindicâncias administrativas, éticas, judiciais e processos nos conselhos de classe. Pela dispensa de exames já realizados e de diagnósticos já comprovados, diminui a permanência hospitalar, racionaliza o uso de equipamentos e reduz custos. Permite avaliar a eficiência dos profissionais que conduzem os casos. Fornece dados estatísticos para o médico e para a administração e dá elementos para auditorias concernentes a seguros de saúde, cooperativas médicas, medicina de grupo, entidades convenentes de assistência médica. Possibilita investigações epidemiológicas de interesse para a comunidade. Os dados contidos no prontuário têm sido copiosamente utilizados em epidemiologia por trazerem conhecimentos úteis aplicáveis à população – difíceis de serem obtidos por outros meios, como vigilância sanitária, certificados de óbito, farmacovigilância, programas que se ocupam com doenças.

PARA O ENSINO E A PESQUISA, possibilita análise de grande quantidade de casos, mesmo atendidos em ocasiões distintas. Facilita o estudo dos diagnósticos e a avaliação da terapêutica adotada. Faculta a análises de casos em reuniões científicas. Oferece dados que permitem formar indicadores sobre mortalidade, morbidade, prevalência e incidência de morbidades, elaboração de fichários estatísticos sobre pacientes, doenças e tratamentos, itens essenciais para investigações epidemiológicas.

As imperfeições dos prontuários têm sido obstáculos para mais pesquisas, o que evidentemente causa restrições à assistência médica e à medicina preventiva, sobretudo as promovidas pela administração governamental. Em relação ao diagnóstico e à terapêutica escolhida, possibilita comparação de diversas condutas. Lamentavelmente, o elevado número de prontuários descartados em atividades de pesquisas, por terem seus dados incompletos, determina a perda de muitos casos interessantes para a medicina.

PARA A EQUIPE ASSISTENCIAL, permite, mais interação entre os profissionais que acompanham o paciente por ser instrumento de comunicação. O prontuário é, também, o documento de maior valor jurídico para defesa ou acusação referentes ao atendimento prestado.

## Comissão de Revisão de Prontuário

É importante haver, em cada instituição de assistência a doentes, uma COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO, entidade criada pela Resolução do CREMESP n.º 70/95 e Resolução do CREMERJ n.º 11/92, tornada obrigatória nas instituições de assistência médica em todo o País pela Resolução CFM n.º 1.638/2002, com o propósito de garantir a qualidade e a ética das informações registradas pela equipe de assistência ao paciente no atendimento que lhe é ou foi prestado.

O Conselho Regional de Medicina do DF, no item 17.17 de seu Regimento e Normas de Fiscalização (CRM-DF, 2001, p.30), determina que, nos estabelecimentos de assistência médica em que haja Serviço de Documentação Médica, seja criada COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO e que sua normatização conste do REGIMENTO INTERNO DA INSTITUIÇÃO. É instrumento de assessoria aos órgãos superiores, que devem receber os relatórios como fonte de informação e base para tomada de decisões (Mezzomo, ob. cit., p. 260).

A existência de COMISSÃO DE PRONTUÁRIO ativo na instituição é fator de alta relevância por propiciar-lhe sistema de fiscalização, orientação e suscitar às equipes assistenciais CONCIÊNCIA de haver um corpo especializado participativo, o que pode estimular o uso adequado do prontuário e de seu serviço.

A COMISSÃO poderá ser composta de médicos e profissionais não-médicos pertencentes ao respectivo estabelecimento, escolhidos de acordo com o que consta no REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO DA INSTITUIÇÃO. Em aspecto geral, além de um coordenador médico, é aconselhável, sobretudo, compor a COMISSÃO, o chefe do SERVIÇO DE PRONTUÁRIO, o chefe do SERVIÇO MÉDICO, um clínico geral, um cirurgião geral, uma enfermeira. Não convém ao diretor técnico da Instituição fazer parte da comissão. A ele compete receber dados e promover mudanças necessárias. A dedicação exclusiva de um ou mais médicos da COMISSÃO conferem mais celeridade às ações e mais profundidade aos estudos. É conveniente que periodicamente haja rodízio dos integrantes da comissão no mínimo de um terço. A comissão disporá de regimento interno e registros de reuniões periódicas em ata.

A elaboração detalhada das normas será determinada a depender da particularidade de cada instituição. Tendo em vista a Resolução CFM n.º 1.638/02 e as diversas necessidades técnicas e funcionais peculiares a cada instituição, à competência da COMISSÃO poderão ser incluídos:

- (1) verificar identificação do paciente, se há seu endereço e nome completo, data do nascimento, sexo, nome da mãe, naturalidade, município e Estado de nascimento;
- (2) avaliar anamnese, exame físico, hipóteses de diagnose, resultados de exames complementares, diagnóstico definitivo, tratamento efetuado, prescrições e sua freqüência, registro diário da evolução clínica, registro de data e hora das anotações, análise da alta ou do óbito, legibilidade, assinatura, carimbo, número de inscrição no conselho de classe referentes ao profissional assistente;
- (3) conferir anotações diárias sobre a evolução do estado mórbido do paciente, discriminação dos procedimentos realizados, identificação dos profissionais que os realizaram;
- (4) verificar a legibilidade da letra dos profissionais nas anotações, assim como assinatura e o respectivo número de registro no órgão de classe;
- (5) conferir periodicamente se os prontuários utilizados nas consultas ambulatoriais foram preenchidos e se o número destes confere com o número de consultas agendadas;
- (6) conferir se o número de fichas de pronto-socorro registradas conforma-se ao número efetivamente preenchido durante os atendimentos;
- (7) orientar a ordenação dos formulários, fichas e páginas no prontuário;
- (8) verificar o padrão de atendimento ao paciente e sugerir medidas para melhorá-lo;
- (9) apreciar os resultados das condutas terapêuticas;
- (10) orientar (e não, fiscalizar) a atuação dos profissionais;
- (11) analisar os impressos e sugerir modificações para atualizá-los, adaptá-los, corrigi-los;
- (12) selecionar casos para apresentação em reuniões anatomoclínicas e revisão de óbitos;

- (13) fazer estudos estatísticos (taxa de permanência, taxa de falhas no preenchimento do prontuário) e propor indicadores de resultados;
- (14) analisar causas de longa permanência nas internações;
- (15) verificar condições de alta ou circunstâncias do óbito;
- (16) assegurar a responsabilidade de preenchimento, o que cabe ao médico-assistente, guarda, confidencialidade, manutenção e disponibilidade dos prontuários em local de fácil acesso, a cargo da chefia de equipe, da chefia da clínica e da direção técnica;
- (17) convocar profissionais de assistência ao doente para esclarecimentos sobre seus registros no prontuário. O profissional solicitado comparecerá à consulta não obstante sua importância hierárquica;
- (18) apresentar ao administrador da instituição relatório periódico (mensal ou no tempo que for necessário) e assessorar a administração em assuntos pertinentes ao prontuário;
- (19) atuar em acordo comum com a Comissão de Ética Médica;
- (20) comparar, avaliar e divulgar indicadores de atenção ao paciente; buscar melhorias da atenção conforme os resultados.

Em princípio, a análise dos prontuários será feita por amostragem (v. MODELO PARA AVALIAÇÃO DE PRONTUÁRIO, p. 74), com inclusão dos serviços de urgência, ambulatório e internação. Dados estatísticos sobre pacientes e doenças são instrumentos fundamentais para a COMISSÃO (v. SERVIÇO DE ARQUIVO, p. 17). Em antecedência ao arquivamento dos documentos médicos, serão efetuadas revisões qualitativa e quantitativa, visando à garantia de transparência e qualidade de todo o atendimento prestado. A QUALITATIVA contemplará itens obrigatórios quanto ao teor e à sua presença no prontuário. A QUANTITATIVA avaliará o volume de informações, se o diagnóstico está bem fundamentado, se as prescrições e anotações sobre a evolução do estado clínico do paciente foram feitas diariamente, se há seqüência lógica e contínua dos registros.

Cabe aos conselhos de medicina a criação de comissões de estudo, elaboração e divulgação de normas éticas em apoio às comissões.

## Serviço do prontuário

É necessário estabelecer, em cada instituição assistencial, um SERVIÇO DE PRONTUÁRIO, tendo em vista a importância desse objetivo para cuidados especializados dirigidos ao prontuário desde sua elaboração, no serviço de registro, até seu destino final no arquivo paralelo. Esse serviço deverá corroborar o CORPO CLÍNICO, assessorar a COMISSÃO DE PRONTUÁRIO, guardar sigilo. Nesse SERVIÇO, é fundamental que constem:

(1) SETOR DE REGISTRO OU DE MATRÍCULA, que responde pela elaboração inicial do prontuário com a tomada de dados de identificação do paciente no seu preparo para a primeira consulta;

(2) SETOR DE DOCUMENTAÇÃO, responsável por: elaboração de estatística, verificação e análise dos componentes do prontuário, para que este se torne completo e exato, para assegurar que esteja de acordo com os padrões estabelecidos pela administração do hospital e pela COMISSÃO DE PRONTUÁRIO. Em casos relevantes, é preciso providenciar as retificações de preenchimentos inadequados pelo agente profissional que os realizou;

(3) SETOR DE ARQUIVAMENTO, responsável por preservação do prontuário, controle de entrada e saída deste, conferência e ordenamento dos formulários, colagem de laudos, recebimento e entranhamento de impressos recebidos fora do prontuário. Deste setor constará o arquivo paralelo ou "arquivo morto" destinado à conservação de prontuários inativos ou de pacientes falecidos.

**ABERTURA E NUMERAÇÃO DO PRONTUÁRIO.** A instituição assistencial poderá exigir a apresentação de documentos que julgar necessários para sua segurança e para proceder legalmente à abertura do prontuário e à matrícula do paciente (carteira de identidade, certidões de nascimento, número do CPF etc.). O paciente recebe um número de registro que será dado ao prontuário e a todas as demais fichas e requisições que forem utilizadas para diagnóstico e tratamento.

O sistema de numeração unitário, no qual cada paciente recebe um número permanente de registro, permitirá que todos os dados relacionados ao assistido estarão reunidos num único prontuário e numa só prateleira.

A Lei n.º 2.804/2001, aprovada pela Câmara Legislativa do DF, garante à criança

ao ser internada que terá, em seu prontuário, a relação das pessoas que poderão acompanhá-la integralmente durante o período de internação.

**SERVIÇO DE ARQUIVO.** O serviço responsável pela guarda e conservação dos prontuários constitui, essencialmente a memória escrita da instituição assistencial. Sem a guarda desses registros médicos, conhecimentos e experiências seriam perdidos. O estabelecimento, público ou particular, é o proprietário dos prontuários e cabe ao respectivo serviço de arquivo sua custódia que, permanentemente, proverá a disponibilidade das informações quando forem objeto de necessidade de ordem médica, social, administrativa, jurídica e do próprio paciente.

Os prontuários de consultórios particulares ficarão sob os cuidados do médico responsável (Parecer CRM-DF n.º 43/2000) em arquivo particular. Em caso de seu falecimento e de não haver herdeiro profissional, esses documentos serão incinerados por pessoa que convive diariamente com o facultativo – secretária ou pessoa da família, por exemplo (Parecer CFM n.º 31/1995).

O médico pode aconselhar o doente a guardar uma cópia de seu prontuário para o próprio controle ou, principalmente, para o caso de eventual necessidade em futuro distante, uma vez que, na obtenção de seu prontuário, pode encontrar dificuldades em localizá-lo depois de longo tempo passado.

**PESQUISAS EM PRONTUÁRIOS.** O arquivo deve dispor de dependência reservada para pesquisas em prontuários em período de 24 horas. Será local silencioso, bem iluminado e ventilado, provido de computadores, mobiliário adequado e com funcionários para o controle de fornecimento, guarda e registro de movimentação dos prontuários utilizados.

É infração grave retirar prontuários do arquivo e não devolvê-los por perda ou estragos. O médico como responsável pela perda será responsabilizado eticamente como negligente no desempenho de suas funções (Parecer CFM n.º 34/1999). O desaparecimento de documentos médicos pode implicar repetição de exames, por vezes invasivos e arriscados, dispendiosos. Podem-se criar processos de perda e danos e sindicâncias pertinentes (Parecer-Consulta CFM n.º 05/96; Parecer-Consulta CFM n.º 02/94). A existência de prontuários acumulados por longo tempo em outras dependências da instituição e mesmo fora desta pode constituir indício de organização insuficiente do serviço de arquivo em seu controle de movimentação dos prontuários. É imperioso que desaparecimentos sejam relatados por escrito pelo

administradora da instituição ao serviço requisitante. Normas estatutárias de punição devem existir e ser aplicadas em casos de perdas ou de danos por negligência. Um memorando administrativo sobre essas normas poderá ser enviado às chefias dos setores que usam o prontuário.

Tomar para si um prontuário sem nenhuma comunicação ou autorização pode ser ato caracterizado como furto, contração legal gravíssima.

**GUARDA DE PRONTUÁRIOS.** A responsabilidade pelo prontuário cabe ao médico e aos outros profissionais assistentes que o utilizam, à hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias de clínica, diretor da divisão médica, diretor técnico (Resolução CFM n.º 1.638/02).

A guarda do prontuário é da responsabilidade do hospital ou da clínica que lhe presta atendimento, em se tratando de pacientes institucionais e do médico no caso de pacientes de consultório privado. De acordo com a Resolução do CFM n.º 1.639/02, é norma legal os documentos médicos em suporte de papel serem arquivados por tempo não inferior a VINTE ANOS, a partir da data do último registro de atendimento do paciente. Nos casos de hospitais-maternidade, os prontuários de parto serão arquivados por dezoito anos, conforme estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente (artigo 10). Findo o prazo, o original poderá ser substituído por outros métodos de registro que possam restaurar as informações nele contidas (Lei n.º 5.433/68; Resolução do CFM n.º 1.639/02; Parecer do CFM n.º 23/89), isto é, arquivados eletronicamente em meio óptico, magnético ou microfilmado para manutenção permanente. Atendimentos domiciliares (homecare, médico de família, consultas particulares) devem ter registros formais e estes devem ser conservados de acordo com a norma eticolegal.

Não é concedido aos médicos de estabelecimento como arquivo coletivo manter prontuários em sua guarda, o que é permitido para médicos em sua clínica privada. Tais documentos não necessariamente precisarão ser guardados no consultório do médico, mas em local cujo acesso preserve o sigilo das informações nele contidas às pessoas não obrigadas a esse compromisso (Parecer do CRM-DF à consulta n.º 0007/05).

Em casos de perda ou extravio de prontuário, cabe à direção da instituição aplicar medidas existentes para essas situações e do ponto de vista legal há que se recorrer aos dispositivos referentes aos direitos do cidadão, e a direção da ins-

tituição deve elaborar um documento à parte interessada com a informação de que o prontuário não foi localizado apesar dos esforços empenhados com esse objetivo (Consulta CRM-DF n.º 0037/04).

**DESTRUIÇÃO DO PRONTUÁRIO.** É infração à ética médica. A eliminação do suporte de papel só será autorizada após consulta e análise obrigatória da comissão permanente de avaliação de documentos da unidade médico-hospitalar à qual pertence o arquivoderevisão de prontuário e garantida a preservação PERMANENTE em meio eletrônico, isto é, informatização, microfimagem ou outros meios (Resolução CFM n.º 1.639/02). A microfimagem dificulta pesquisas, mas dura cerca de cem anos e pode ser refilmada (Carvalho, 1977).

**ARQUIVO PARALELO (“MORTO”).** Tendo em vista o valor dos prontuários para o ensino e a pesquisa, sua extinção configura perda patrimonial irrecoverável. Para solucionar essa questão, a microfimagem e a informatização têm sido utilizadas para conservação permanente dos documentos e economia de espaço para arquivamento.

“Arquivo morto” é denominação criticável, tem configuração de gíria. Em rigor, morto é o estado em decorrência de óbito do ser que viveu. Nesse arquivo, em geral, guardam-se prontuários de casos inativos ou que completaram cinco ou mais anos desde a última consulta. Há muitos prontuários de pacientes falecidos. Diz-se tecnicamente ARQUIVO PASSIVO OU PARALELO.

A preocupação do responsável técnico da instituição e da comissão de prontuário de promover ações adequadas para o desenvolvimento desse importante setor pode evitar perdas documentais irremediáveis.

**MICROFILMAGEM.** A lei não prescreve o tempo de guarda dos prontuários (Bittar, 1980). Há instituições que os destroem depois a microfimagem. A fotocópia do microfilme pode ser usada em juízo, procedimento recomendável, pela possibilidade de retenção judicial do próprio microfilme (Bittar, ob. cit.).

\* \* \*

## Aspectos éticos e legais

O prontuário é instrumento de defesa e de acusação. É muito lembrada a frase: “O que não está escrito no prontuário não aconteceu”. Por conseguinte, é pertinente anotar as dificuldades no atendimento ao doente, seja pela demora com que a medicação é feita, seja pelo plantão tumultuado, que atinge psicologicamente o médico assistente. A falta de condições hospitalares, a ausência de infra-estrutura de atendimento, a privação de material apropriado para procedimentos e o conseqüente uso de substitutos inadequados, a carência de medicamentos e outras anormalidades devem ser anotadas. Tal iniciativa não desobriga o profissional a comunicar as irregularidades à chefia imediata. Para evitar aborrecimentos e questionamentos no ambiente judicial, descrever com precisão, clareza e localização anatômica lesões subseqüentes à violência em pacientes atendidos em serviço de pronto-socorro.

O prontuário é o PRINCIPAL DOCUMENTO constituinte de provas judiciais. Nos processos contra médicos, o acusador, geralmente o paciente, deverá comprovar que o facultativo agiu com imprudência, negligência ou imperícia, isto é, ele ou seu representante legal deve apresentar provas de que houve erro de conduta pelo qual foi prejudicado. Nesse ponto, vale insistir, o que tem valor decisivo é o PRONTUÁRIO, no qual se podem colher as provas que negam a responsabilidade do médico sobre o fato (Moraes, ob. cit., p. 106).

Graças ao prontuário, pode-se provar que os cuidados médicos aplicados ao reclamante foram adequados. Assim, em casos de registros omitidos ou irregulares, o médico pode perder a possibilidade de comprovação de seus atos. Nesse caso, as alegações do paciente passam a ter mais validade judicial que a memória do médico (Moraes, ob. cit.). A falta ou a insuficiência dos registros podem ser substituídas por prova testemunhal ou pericial.

A “medicina de defesa” reforça a importância do prontuário e de seu preenchimento completo. Conhecimentos e informações que proliferam aceleradamente, exigência de superespecializações, ânsia do profissional pela impossibilidade de permanente atualização, recursos médicos de alta tecnologia, revolução farmacológica, procedimentos mais invasivos, solicitações de exames destinados a prevenir danos às vezes improváveis, atendimentos onerosos e outras circunstâncias exigem da atividade médica extremos cuidados para evitar iatrogenias e ações judiciais. Os registros da equipe assistencial

têm papel preponderante na segurança e no controle do tratamento médico, e a existência, no Distrito Federal, de PROMOTORIA ESPECIAL do Ministério Público (Promotoria de Justiça Criminal da Defesa dos Usuários de Serviços de Saúde – Pró-Vida) para casos de erros médicos exige mais diligência no preenchimento dos prontuários. Anteriormente, os processos contra o médico eram iniciados pelo paciente queixoso. Atualmente pode ser iniciado pelo MINISTÉRIO PÚBLICO, analogamente ao crime comum.

A medicina defensiva reforçada com a contínua incorporação de tecnologias modernas não substitui o preciso preenchimento do prontuário.

O documento, para ser admitido em juízo como elemento de prova, necessita de tersua autenticidade reconhecida, estar datado e assinado. A ausência desses elementos demonstra MÁ QUALIDADE da assistência prestada ao paciente. Rasuras comprometem o valor legal. Em casos de retificações, aconselha-se a escrever entre parênteses indicações como sem efeito, digito ou expressões análogas e, a seguir, escrever a correção.

Segundo o artigo 299 do Código Penal, a anotação incorreta, incompleta, falseada ou inexistente no prontuário quanto aos fatos relacionados com o paciente pode caracterizar FALSIDADE IDEOLÓGICA: “Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. Pena – reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) ano a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular”. Se o agente for funcionário público e cometer o crime, prevalecendo-se do cargo, aumenta-se a pena de sexta parte. Falsidade ideológica refere-se à formação de documento cuja materialidade é perfeita, mas o conteúdo é falso.

Código Civil, Lei n.º 10.406/02, artigo 229: Ninguém pode ser obrigado a depor sobre fato a cujo respeito por estado ou profissão, deva guardar segredo.

A Resolução CREMERS n.º 01/2001, art. 1.º autoriza sua consultoria jurídica a tomar todas as medidas administrativas ou jurídicas em defesa do médico que venha a ser processado ou ameaçado de processo por se negar a integrar documentos ou prestar informações que possam revelar o segredo médico sem autorização do paciente.

## Sigilo profissional

O médico não poderá, sem o consentimento do paciente, dar a conhecer a terceiros o conteúdo do prontuário ou da ficha médica. Em casos de requisições de autoridade judiciária, o médico disponibilizará os documentos ao perito nomeado pelo juiz (Resolução CFM n.º 1.605/00). No prontuário do paciente inclui-se toda a situação médica deste, cuja revelação poderia fazer que ele sonegasse informações, o que prejudicaria seu tratamento (Conselho Federal de Medicina, 2005, p. 156).

O sigilo não é exclusivo do médico. É também de outros profissionais, ou mesmo de estudante, que tenham conhecimento de fatos sigilosos do paciente. Qualquer informação (depoimento, cópia de documento, comunicação de crime e outros casos) só poderá ser prestada sempre em benefício do paciente, com a anuência deste e nunca em seu prejuízo.

Contudo, a obrigatoriedade do sigilo profissional do médico não tem caráter absoluto. A matéria, pela sua delicadeza, reclama diversidade de tratamento diante das particularidades de cada caso. A revelação do segredo médico em caso de investigação de possível abortamento criminoso faz-se necessária em termos, com ressalvas do interesse do cliente. O hospital porá a ficha clínica à disposição de perito médico, que não estará preso ao segredo profissional, devendo, entretanto, guardar sigilo pericial (Código de Ética Médica, art. 87). A obrigação ao sigilo profissional pode ser dispensada em relação a médicos militares, médicos sanitaristas, peritos, em cumprimento de dever legal ou no exercício regular do direito (Código Penal, inciso III, artigo 19). O médico injustamente acusado poderá valer-se do prontuário como instrumento de defesa.

O sigilo deve ser tratado com a maior delicadeza e só pode ser rompido em casos muito especiais. Por exemplo, não se afigura viável que, apenas com o apoio da legislação civil, possam os herdeiros obter cópia do prontuário de pessoa falecida. A quebra do sigilo profissional depois da morte de um paciente, afigura não um crime de revelação de segredo, mas delito de violação de respeito aos mortos, que nossa lei tutelar, tendo em vista o sentimento de piedade diante do morto e de sua memória (França, Direito Médico, p. 127; Código Penal Brasileiro, “Dos crimes contra o respeito aos mortos”).

São poucas as situações em que a revelação do segredo médico é permitida: crimes que não impliquem processo criminal contra o paciente; notificação compulsória de doenças transmissíveis (lei n.º 6.259/1975); comunicação de morte materna (portaria n.º 653 do Ministério da Saúde); atuação do médico como perito judicial; declaração de nascimento e de óbito; comunicação de maus-tratos em menores; notificação de violência contra a mulher (lei n.º 10.778/2003).

**SEGREDO E SIGILO (MÉDICO).** Nos dicionários, segredo e sigilo são sinônimos. O Aurélio (1999), o Houaiss (2001) e outros dicionários de valor registram sigilo profissional e segredo profissional como expressões equivalentes. Contudo, entre os médicos, conceitua-se **SEGREDO** como o fato conhecido por alguém ou por um número limitado de pessoas interessadas em sua inviolabilidade à qual a divulgação poderia causar certos desserviços. **SIGILO** médico é o silêncio que o profissional da medicina está obrigado a manter sobre fatos de que tomou conhecimento em face de sua profissão, com ressalvas feitas em casos especiais (França, 2003, p. 118). Sacconi (2000) também notifica diferença: “Segredo é aquilo que não se diz ou não se deve revelar; é o silêncio que nos impõe a obrigação ou a necessidade: segredo de justiça, segredo profissional”. “Sigilo é o segredo absoluto, ligado à ética, o qual não deve ser revelado nem veiculado em nenhuma hipótese: sigilo confessional, sigilo bancário, sigilo profissional”.

\* \* \*

## Composição e ordem das folhas

No Brasil, não há leis específicas que determinem quais documentos mínimos devem integrar os prontuários. O Conselho Federal de Medicina, pela Resolução n.º 1.638/02, estabeleceu os itens que deverão obrigatoriamente constar do prontuário, elaborado em qualquer padrão: identificação do paciente (nome, sexo, data do nascimento, filiação, endereço), anamnese, exames físico e complementares, diagnósticos, tratamento, anotações diárias sobre a evolução do estado do paciente. O Conselho Regional de Medicina do DF, estabelece, na Resolução n.º 189/01, como norma de fiscalização (NF17), a inclusão de outros documentos que, se originados durante a assistência aos pacientes, serão incluídos no prontuário as declarações de nascimento, de óbito, de transferência, guias de atendimento, partograma, relatório cirúrgico e anestésico, folhas de pareceres, relatório de enfermagem, de assistência social, odontológica e outras. O Ministério da Saúde estabelece como padrão de nível 1 na acreditação hospitalar o arquivo médico cujos prontuários sejam legíveis, assinados pelo médico assistente e têm uma seqüência lógica e contínua com registro de admissão, história clínica, evolução, informações complementares (exames, pareceres) e condições de alta, exigindo capacitação específica para o responsável técnico (Ministério, 1999, p. 97).

Na composição do prontuário, em consideração à sua importância legal, didática, médica e para o paciente – são utilizados os seguintes elementos, cuja seqüência varia nas instituições. Em geral, segue-se a ordem lógica: identificação – anamnese e exame físico – laudos e pareceres – folha de internação – folhas de prescrição – folhas de evolução – relatório de alta ou de óbito. Podem ser dispostos na subsequente ordem:

- (1) capa ou envelope do prontuário;
- (2) ficha de identificação do paciente;
- (3) formulário ou pauta de diagnósticos;
- (4) folha de anamnese e exame físico;
- (5) ficha de pronto-socorro;
- (6) formulário de internação e alta;

- (7) ficha obstétrica;
- (8) ficha de recém-nascido;
- (9) ficha de odontologia;
- (10) folhas de evolução da doença;
- (11) folhas de pedidos de parecer;
- (12) guias e relatórios de encaminhamentos;
- (13) laudos de exames complementares na seguinte ordem: exames anatomopatológicos (biopsias, citologias), audiometria, da unidade de hemoterapia (“banco de sangue”) (tipagem, exame de anticorpos, exame de compatibilidade sanguínea), exames da dermatologia (micológicos), endoscopias (brônquicas, gástricas, do colo), ecocardiografias, eletrencefalografias, imagiologia (ecografias, radiografias, tomografias computadorizadas, medicina nuclear), laudos laboratoriais (culturas, bacterioscopias, antibiogramas, hemograma, gasometria, ionograma, provas de função hepática e renal e outros);
- (14) folhas especiais de procedimentos terapêuticos: ficha de desenvolvimento e crescimento, ficha de hemodiálise, relatório de quimioterapia, relatório de radioterapia, ficha de diálise peritoneal, ficha de nutrição parenteral;
- (15) ficha de descrições cirúrgicas;
- (16) ficha anestésica;
- (17) folhas de prescrição;
- (18) relatório de enfermagem, folhas de prescrição e de informações da enfermeira e folhas de dados vitais (temperatura, pulso e respiração – TPR), balanço hídrico, eliminações;
- (19) relatórios de profissionais não-médicos (assistente social, farmacêutico,

estomatorapeuta, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, ortoptista, ortesista, pedagogo, psicólogo, terapeuta ocupacional);

- (20) atas de esterilização (vasectomia e ligadura tubária);
- (21) folha com resumo de alta, de óbito ou de transferência;
- (22) relatório de necropsia e cópia da declaração de óbito;
- (23) ficha de controle de infecção hospitalar;
- (24) folha de termo de consentimento livre e esclarecido.

## DESCRIÇÃO DE COMPONENTES BÁSICOS DO PRONTUÁRIO

**CAPA DO PRONTUÁRIO.** Deve conter nome da instituição, o título PRONTUÁRIO MÉDICO DO PACIENTE ou expressões equivalentes, nome e número de registro do doente, que podem ser escritos a lápis com o propósito de reaproveitamento da capa em casos de erros. Evitar abreviações do nome, e este será atualizado se houve alterações por casamento ou divórcio. São indispensáveis dispositivos adequados para fácil localização do prontuário no arquivo. Deveter dimensões suficientes para cobrir todas as suas folhas, assim como o conjunto delas até em grande volume. As medidas 20 cm por 30 cm são adequadas. São suficientes cinco dobras no dorso, com espaço de 1 cm entre elas para desdobramento gradual à medida que o prontuário se avolumar. É necessário que os impressos tenham tamanho padrão para caber no prontuário, o que freqüentemente não ocorre; as bordas excedentes ficam, com o tempo, danificadas. Serão substituídas as capas em mau estado de conservação.

É útil imprimir, na contracapa, a lista da ordem-padrão em que as folhas serão juntadas no prontuário para orientação daqueles que se encarreguem da organização das folhas.

**FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO.** Conterá os dados de identificação do paciente (figura), como número de registro, nome, local e data de nascimento (ou idade aproximada), sexo, estado civil, nome dos pais, nome do cônjuge, profissão, pessoa responsável (citar parentesco se houver), endereço, telefones (é relevante anotar mais de um número de telefone, pois freqüentemente há mudanças), procedência (outra cidade, outra instituição de assistência médica). É altamente necessário que o serviço de prontuário requeira apresentação de documento para abertura do prontuário, ou seja, carteira de identidade ou certidão de nascimento em casos de pacientes menores. Aconselha-se que no prontuário sejam anotados os dados do documento. Para efetuação de fichas

para atendimento de urgência esta poderá ser feita sem apresentação de documentos se o paciente não os tiver consigo, mas aconselha-se que isso seja indicado na ficha.

ETIQUETAS com dados da identidade do paciente podem ser preenchidas por computador e coladas em espaço próprio na folha de identificação.

**FORMULÁRIO DE DIAGNÓSTICOS.** Permite rápida revisão do histórico clínico do paciente (figura). Consta da LISTA DE PROBLEMAS, a relação sumária dos diagnósticos ou das hipóteses de diagnóstico (nesse caso, constar ponto de interrogação) com os respectivos códigos da CID, apresentados pelo paciente ao longo dos atendimentos. Evitar siglas e abreviações. Conterá agenda de data do primeiro atendimento, clínica ou especialidade de atendimento, deve incluir problemas psiquiátricos e sociais. Há quem recomende não registrar, aí, impressões de diagnose (Lobo, 1976).

O médico e outros profissionais assistentes poderão despendermuito tempo na procura das anotações misturadas, às vezes ilegíveis, para avaliar atendimentos realizados. Por vezes, dados relevantes, como alergia a medicamentos, verminoses, cáries dentárias, focos de cárie dentária e outros são consignados em observações esparsas de difícil localização e podem passar despercebidos. O formulário de diagnósticos bem preenchido expõe, prontamente, todas as afecções das quais o paciente é ou foi portador e necessitou de cuidados médicos.

LOGOTIPO E NOME DA INSTITUIÇÃO		Registro: Nome: Data do nascimento: Sexo: Cor:* Estado civil: Profissão: Nome do cônjuge: Responsável (parentesco): Natural de: Procedência: Pai: Mãe: Endereço: <span style="float: right;">CEP:</span> Telefones: <span style="float: right;">Ramal:</span>	
<b>FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO</b>			
<b>FORMULÁRIO DE DIAGNÓSTICOS</b>			
DATA DA PRIMEIRA CONSULTA	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO	CID
		(ESPAÇO PAUTADO)	

Figura. Modelo de formulário de identificação e de diagnóstico, apropriado para primeira folha do prontuário.

\*A definição de cor é assunto polêmico e merece cuidados especiais para evitar discriminações e preconceitos. Em caso de dúvidas, deixar em branco esse item.

**FORMULÁRIO DE INTERNAÇÃO (ADMISSÃO).** Deve ter nome da clínica, número da enfermaria e do leito, diagnóstico(s) provisório(s), data da internação, assinatura e carimbo do médico solicitante. Termo de autorização muito resumido, assinado pelo paciente ou por seu responsável legal para realização dos procedimentos médicos necessários pode ser insuficiente (V. FALHAS E DÚVIDAS MAIS COMUNS, item: AUTORIZAÇÃO DE TRATAMENTO, P. 68). Por norma, o(s) diagnóstico(s) serão assentados com o respectivo código da CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID).

**PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO (COM CAPA METÁLICA OU OUTRA ESPECIAL).** Durante a internação, por praticidade, em muitas instituições assistenciais, folhas do prontuário de uso mais amíúde ficam separadas do prontuário e protegidas por capas especiais, frequentemente metálicas. Esse prontuário especial é constituído de folhas com anotações mais recentes de prescrição médica, de relatos médicos sobre a evolução da doença, de resultados de exames, folhas de descrições cirúrgicas, requisições de parecer, relatórios de pareceristas de especialidades, relatórios do corpo da enfermagem e de outros profissionais. Importa conter, também, folha com história e exame clínico de admissão. É de grande utilidade dispor de uma folha para anotação dos exames realizados, sobretudo laboratoriais e de imagem, com datações e resultados. Essa folha pode também ser colada na contra-capas do prontuário.

Algumas normas correlatas a esses dispositivos são habitualmente seguidas e aconselháveis. É necessário que tenham, à vista e protegido por lâmina transparente, cartão com nome da clínica, nome do paciente (data de seu nascimento), do responsável (com endereço e números de telefone destes), registro, número do quarto e do leito, data de admissão –, escritos com letras amplas. Não se expõe o nome da doença por motivo de discricção e de segredo médico.

Muitas instituições mantêm os prontuários em dispositivo móvel, chamado CARRO DE PRONTUÁRIOS, ou em escaninhos fixos localizados em salas privativas (sala de prescrição). Estas deverão estar permanentemente acessíveis para permitir o acesso dos profissionais assistentes aos prontuários de internação e o geral, inclusive em casos de atendimentos de urgência.

**FORMULÁRIO DE ANAMNESE E EXAME FÍSICO.** Um modelo único para todas as clínicas é irreal, em razão da variedade de atendimentos especializados. Na realidade, o padrão geral apresentado no ensino médico é freqüentemente descumprido em vista das peculiaridades de cada clínica. A anamnese e o exame físico bem feitos amíúde indicam

a diagnose. O padrão deve, fundamentalmente, conter:

- (1) cabeçalho com nome ou sigla da instituição assistencial; clínica; número de registro; número da folha; nome completo do paciente, sem abreviações; filiação; data do nascimento;
- (2) queixa principal e duração do quadro;
- (3) anamnese: história da doença atual; interrogatório sobre sistema e aparelhos (cabeça; sistemas cardiovascular, respiratório, digestório, geniturinário, tegumentar, neuropsíquico, musculoesquelético, articular; aparelho visual, auditivo, locomotor), antecedentes pessoais e familiares; hábitos e condições de moradia; doenças concomitantes;
- (4) exame físico geral e específico: peso, altura, estado geral, mucosas, pele, temperatura, pressão sangüínea, cabeça (crânio, face, fundo de olho, dentes), visão, audição, gânglios, pescoço, tórax (ausculta pulmonar e cardíaca), mamas, abdome (inspeção, palpação, percussão, ausculta), períneo, ânus (toque anorretal), genitália externa (toque vaginal quando indicado), coluna vertebral (inspeção, palpação), membros (exame de mãos e pés), articulações, sistema nervoso (sensibilidade, reflexos osteotendinosos);
- (5) hipóteses de diagnóstico (etiológico, sindrômico) escritas com destaque;
- (6) exames complementares indicados pelo quadro clínico;
- (7) pareceres solicitados;
- (8) conduta(s) a adotar;
- (9) datação da próxima consulta se houver;
- (10) data e hora do atendimento;
- (11) assinatura e carimbo do médico assistente, com o número de inscrição no em seu conselho regional de classe.

Parece tendência viva o uso de FICHA ESPECIAL de anamnese e exame físico para cada especialidade, feita de itens específicos (ou perguntas), alguns com pequenos quadriláteros para serem preenchidos com um x, tudo arranjado de tal sorte que, ao cabo do preenchimento, trazem um exame prático e completo do paciente atendido.

É importante que o examinador faça, na folha de anamnese, um desenho esquemático do corpo humano ou de parte dele e, aí, assinalar o local e a extensão das lesões encontradas se o formulário não dispuser de desenhos impressos. Informações que podem ser acrescentadas são: procedência, nome dos responsáveis (grau de parentesco), tratamento(s) já realizado(s). As hipóteses de diagnóstico constituem um dos itens mais importantes da atividade médica.

Em razão de o paciente ter tido assistência em vários hospitais, a verdadeira e completa história médica de muitos pacientes não está disponível em um só prontuário. Para atenuar essa falha, tem-se proposto prontuário unificado em forma de cartão eletrônico, possuído pelo próprio paciente para registro de todos os atendimentos médicos que lhe foram prestados. Tal sistema já existe em alguns países, como a França, os Estados Unidos e mesmo o Brasil. Convém notificar que a informatização e a utilização da rede mundial de computadores (Internet) para veiculação de prontuários computadorizados podem expor dados sigilosos do enfermo. Vale acrescentar que o Conselho Federal de Medicina, pelas resoluções 1.638/2002 e 1.639/2002, normatiza o uso dos sistemas informatizados para a guarda e o manuseio do prontuário. A resolução 1.639 permite a digitação dos originais em papel e espera a aprovação de projeto de lei no Congresso Nacional para regulamentar a matéria (CFM, [www.cfm.org.br](http://www.cfm.org.br)) de acordo com artigo publicado no periódico Medicina Conselho Federal, ano XVII, n.º 136, ago., 2002, p. 20-1.

É inadequado que o médico ocupe-se APENAS da investigação e do tratamento das doenças pertinentes à sua especialidade. É fundamental investigar e relatar OUTRAS enfermidades existentes, ou escrever: ausência de outras anormalidades, ou comentários equivalentes. É indispensável que doenças concomitantes sejam sempre investigadas. Se estas exigirem cuidados de outro especialista, é necessário que o paciente seja orientado e encaminhado para o devido tratamento. É substancial que isso também seja anotado no prontuário.

Em instituições de ensino, é preciso constar, ao lado do nome e carimbo do profissional assistente, nome ou assinatura do acadêmico e este fez as anotações. O acadêmico médico pode ter carimbo com sua identificação (nome, a expressão acadêmico de Medicina, sigla da instituição de ensino) (v. acadêmicos de medicina, p. 72).

A folha de anamnese deve ser preenchida totalmente – frente e verso. O espaço restante deve ser inutilizado com um risco para evitar outros tipos de anotações posteriores (v. espaços vazios, p. 50). A anamnese e o exame físico, feitos para INTERNAÇÃO, podem ser transcritos em folha especial, constituída de EXAME PADRÃO que fica paralelamente impresso ao lado esquerdo da folha, como orientação para registro do exame completo. Evitar registro da anamnese inicial em folhas que já contenham anotações de outras clínicas.

**PRONTUÁRIO DE SERVIÇOS DO PRONTO-SOCORRO.** Deve conter ficha de atendimento de urgência, guias ou relatórios de encaminhamento, folhas de pareceres, folhas de evolução, relatórios de pareceres solicitados, laudos de exames complementares, folhas de prescrição, comentários de enfermagem e de outros setores assistenciais. É recomendável haver dispositivos de proteção para esses prontuários para que suas folhas não se extraiam tendo em vista sua freqüente manipulação.

É necessário que esses prontuários sejam encapados, organizados e guardados no arquivo COMUM dos prontuários. Muitos pacientes atendidos no serviço de urgência já têm prontuário na instituição assistencial. Suas fichas de pronto-socorro serão juntadas ao seu prontuário no arquivo. Não serão guardadas separadamente com OUTRO registro e em OUTRO arquivo reservado para prontuários de pacientes não matriculados na instituição. É mister advertir que atendimentos em pronto-socorro são freqüentemente objetos de ações judiciais e é preciso que sejam facilmente localizados quando for necessário.

**FICHA DE RECÉM-NASCIDOS.** Protocolo cujo preenchimento inclui marcações do tipo x em sistema de pequenos quadriláteros, que, forçosamente, induz o examinador a realizar exame clínico de rotina completo e assim a menos possibilidade de não detectar anormalidades na criança quando houver. Contém comemorativos completos de procedimentos de praxe (Credé, teste do pezinho). É importante incluir descrição pormenorizada dos dados obtidos ao exame clínico atencioso do sistema e aparelhos, realizado na ocasião do nascimento.

**FICHA OBSTÉTRICA.** Folha especial que contém dados de identificação da parturiente, história e exame físico específicos, impressões de diagnose, partograma e espaço para informações sobre o recém-nascido. Essa folha pode dispor de itens específicos, incluindo-se sistema de preenchimento de pequenos quadriláteros com marcações do tipo x em ordem tal que o examinador sempre registrará dados COMPLETOS da gestante, do parto e os básicos sobre o recém-nascido. O partograma, representação gráfica da evolução do trabalho de parto, recomendado pela Organização Mundial da Saúde, constitui parte do prontuário da puerpéra. Habitualmente, os documentos relativos à criança permanecem no prontuário da mãe; para o recém-nado que requeira tratamento, providencia-se prontuário individual. Os gemelares o terão identificados pela respectiva ordem de nascimento.

**FOLHA DE EVOLUÇÃO.** É inadequada a expressão “evolução médica”. Evolui a doença do paciente, não o médico. É também impróprio mencionar “fazer a evolução”, “evoluir o paciente” “evoluir a dieta” ou “O paciente já foi evoluído”. Evoluir é ter transformações, é passar por fases, fato que ocorre com a doença. Não é sinônimo de prescrever, de anotação ou de anotar sobre a evolução de algo.

A folha de evolução conterá observações de estudantes, médicos e de outros profissionais assistentes (enfermeira(o), nutricionista, psicólogo(a), odontólogo(a), fisioterapeuta, assistente social) (V. RELATÓRIOS DE PROFISSIONAIS NÃO-MÉDICOS, p. 51). É substancial que se registrem descrições DETALHADAS em que constem, do profissional assistente, as impressões, dúvidas e dificuldades referentes à diagnose, ao tratamento e às condições apresentadas pelo enfermo. É IMPORTANTE ANOTAR reações favoráveis e desfavoráveis aos procedimentos terapêuticos, efeitos adversos dos medicamentos, condições de curativo, tipos de drenagem, não-administração de medicamentos (anotar causas), uso ou ocorrência de material inadequado (aparelhos quebrados ou com mau funcionamento) ou falta de material para os procedimentos, demora na entrega dos resultados de exames complementares ou da realização destes. É indispensável registrar MÁIS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO, como: condições anti-higiênicas do ambiente, falta de auxiliares, de vagas para internação, de vaga na unidade de tratamento intensivo, esperas prolongadas de vaga no centro-cirúrgico em casos de urgências, falta de radiologistas para os pareceres pertinentes aos exames radiológicos, falta de boa iluminação, de formulários, de acomodação para o paciente, impossibilidade de execução de exames complementares, falta de medicamentos, dificuldade para encaminhamento a serviços especializados ou de referência.

Fazer anotações “burocráticas” e sucintas sobre a evolução da doença, em geral, produz textos tediosos e de pouco aproveitamento científico (para pesquisa e ensino) e comunica-

tivo. Nesse sentido, valiosíssimas informações são omitidas, uma vez que, HABITUALMENTE, estas são comentadas ou transmitidas apenas verbalmente. Tal conduta DESVALORIZA o prontuário como real e fiel EXPRESSÃO DA REALIDADE e impossibilita a obtenção de dados completos e precisos para pesquisas e avaliações, sobretudo em longo prazo, quando os profissionais que assistiram o doente e o próprio enfermo não estão mais disponíveis.

Essas anotações melhoram o teor das observações clínicas e a transmissão do(s) caso(s) a outros médicos. É importante preencher o cabeçalho. A monitoração não substitui a observação escrita. É praxe, em boas instituições médicas, as anotações diárias conterem, sistematicamente nesta ordem: data e hora da reavaliação, especialidade do profissional, especialmente quando assistir paciente de outra clínica, queixas do paciente (se forem relatados por acompanhante, escrever isso), relatos da enfermagem, resumo da reavaliação clínica, resultados de exames complementares, considerações sobre o diagnóstico e o prognóstico, conduta a adotar, assinatura e carimbo. Em cada registro realizado no mesmo dia, também assinalar data e hora do exame. Anotações com apenas UMA OU DUAS LINHAS amiúde apresentam insuficiência de dados, o que importa ser evitado. Escrever apenas “paciente em bom estado geral” configura impressão subjetiva do examinador, o que pode eventualmente ocorrer com o uso de termos como “normal”, “sem alterações”, “sem anormalidades”. Anotar os achados e sintomas e sinais freqüentemente expressam avaliações mais cuidadosas.

**FOLHA DE RESUMO DE ALTA.** A última anotação deve conter resumo histórico do período de internação, com relatos sumários das condições do estado clínico do paciente no momento da alta, do diagnóstico ou hipóteses de diagnóstico, do(s) tratamento(s) realizados(s), critérios de alta e condutas subseqüentes.

**FOLHA DE PEDIDOS DE PARECER.** Serão preenchidas e anexadas ao prontuário pelo profissional consultado. O pedido de parecer deve ter sempre resposta. É relevante anotar, na papeleta do paciente, a HORA do pedido e da resposta do parecer, o local (instituição clínica, enfermaria, quarto, leito) em que se encontra o paciente, e indicar a clínica SOLICITANTE e a clínica SOLICITADA. Por vezes, os pedidos são feitos na folha de prescrição, e sua resposta, na folha de evolução clínica. É inadequado registrar o parecer na folha de evolução nosológica ou o pedido de constar como um dos itens na folha de prescrição médica.

Pedir pareceres oralmente e ter as respostas anotadas na folha de evolução prejudica avaliações e pesquisas ulteriores. Pode-se perder, desse modo, o relato da CAUSA das

consultas e pode haver dificuldades na IDENTIFICAÇÃO da resposta, escrita entre numerosas anotações. Nas especialidades em que haja folha própria de resposta, esta deve ser preenchida e grampeada na folha de pedido de parecer e, juntas, acondicionadas no prontuário. Aconselha-se deixar uma cópia do pedido (segunda via) no prontuário, como comprovante, e enviar o original ao médico parecerista ou à sua unidade. É comunsolicitaçõesdesorganizadas.Recomenda-sequeosrelatórios,tantodomédico solicitante quanto o do solicitado, contenham data, hora da realização do pedido, a hora do atendimento do médico parecerista, queixas do doente, dados do exame clínico e exames complementares, relacionados aos objetivos do parecer, hipóteses de diagnóstico e conduta a ser observada.

**GUIA DE CONSULTA E RELATÓRIO DE ENCAMINHAMENTO.** Constituem documentos padronizados com resumo da história clínica e do exame físico, relato sumário de procedimentos, exames complementares realizados e hipóteses de diagnóstico, de ordinário, fornecidos aos pacientes para encaminhá-los a médicos da mesma ou de outras instituições. A segunda via deve ser guardada no prontuário da instituição de origem, e a primeira, no prontuário da instituição ou da clínica a que o paciente foi encaminhado. É regular que os encaminhamentos tragam o nome da instituição emitente, dados do paciente (número de registro, nome, sexo, data de nascimento, filiação, naturalidade, endereço, telefones), nome do médico ou da instituição e clínica aos quais o paciente é encaminhado, data, assinatura e carimbo do médico solicitante. Deve haver espaço para resposta do parecer em caso de retorno do paciente, após a consulta, ao local de origem. É antiético deixar de fornecer relatório completo sobre o estado do enfermo quando da remoção ou do encaminhamento a outro médico ou serviço para continuação do tratamento (artigo 71 do Código de Ética Médica)

**FOLHAS DE REQUISIÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES.** É mister que tenham registro dos MOTIVOS da solicitação do(s) exame(s), com preenchimento COMPLETO dos itens do formulário de pedido, a saber, dados do paciente (registro, nome completo sem abreviação, data do nascimento, sexo, filiação), nome da clínica em que o paciente está em tratamento, nome do profissional requisitante e seu carimbo. É aconselhável guardar, no prontuário, a segunda via de solicitações de exames, de pareceres e análogos, para comprovar o que foi pedido. As segundas vias serão substituídas pelos respectivos laudos ou documento similar. Em casos de perda ou extravios das solicitações e de não-realização dos exames solicitados, a ausência de comprovantes pode acarretar insuficiência do prontuário como instrumento de defesa em casos de queixas, sindicâncias e processos judiciais. É falta grave consignar exames ou procedimentos não realizados.

**LAUDOS DE EXAMES COMPLEMENTARES.** É mister que tenham sempre ampla MARGEM LATERAL esquerda para formação de orifícios destinados à presilha do prontuário. Inexiste esse espaço em muitos laudos, mormente nos de clínicas e laboratórios particulares. Além disso, é conveniente que tenham dimensões para caberem no prontuário sem serem dobrados. É recomendável que os papéis tenham formato grande para serem fixados, em ordem, na presilha. É imprescindível que conttenham, além da assinatura, o carimbo do médico emitente ou seu nome em letras legíveis impressas ou manuscritas, em ambos os casos com o número de inscrição no conselho regional de classe. A identificação EXPLÍCITA do profissional relator do laudo facilita a busca de esclarecimentos pelo médico que assiste o paciente ou que faz pesquisas sobre o caso deste.

O uso de “folha cabide” em que se colam as papeletas aumenta a mão-de-obra; a cola nem sempre está disponível e é um papel a mais para cada paciente (Mezzomo, ob. cit., p. 352). Usar uma folha para cada tipo de laudo (laudos de radiografias, de ecografia, de hemograma, do médico-nuclear, de histopatologia e similares) parece complicar mais essa situação.

**RELATÓRIOS DE QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA.** Deve estar, no prontuário, a DESCRIÇÃO DETALHADA do programa proposto e dos procedimentos realizados. Pode ser escrita – melhor, digitada – em formulário especial.

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CIRURGIA.** É documento importante a constar do prontuário. A primeira via permanecerá no centro cirúrgico e uma cópia deve permanecer no prontuário como documento comprovante da solicitação cirúrgica em que constarão os dados identificadores do paciente, sua localização no estabelecimento, data e hora da solicitação e assinatura do médico solicitante. O descarte desses documentos ou sua ausência no prontuário significam perda documental relevante. Amiúde, os dados da solicitação não ficam anotados no registro clínico, e as cópias desses formulários de solicitação tornam-se não raramente perdidas ou arquivadas fora do prontuário.

**FOLHA DE DESCRIÇÃO DOS ATOS CIRÚRGICOS.** Conterá os dados de identificação do paciente, o nome do procedimento cirúrgico, o diagnóstico, o nome do cirurgião e de seus auxiliares, incluindo-se os da equipe de enfermagem, hora do início e do fim da operação, descrição sumária do estado geral do paciente. É prejudicial descrever “oficiosamente” o ato operatório, isto é, fazer descrição sumariíssima

apenas dos tempos cirúrgicos básicos com apresentação do mesmo relatório para todos os procedimentos idênticos. É preciso criticar com veemência relatos cirúrgicos em que constem apenas “cirurgia feita pela técnica habitual”. Valiosos detalhes são omitidos e se perdem para consultas, pesquisas e esclarecimentos. Deve-se evitar “descrição” prévia, injustificável em todos os casos. O ato cirúrgico será registrado como DISSERTAÇÃO minuciosa das táticas e técnicas operatórias usadas, dos acidentes cirúrgicos, das dificuldades técnicas, daquilo que foi visto e realizado do início ao fim do procedimento. Pela sua importância, tal relatório poderá ser REFEITO em ocasião de mais calma e propícia à reflexão, atentando-se ao maior zelo pela legibilidade.

É muito importante registrar as condições do paciente antes da operação, afecções concomitantes, tempo de início e do fim da operação, posição do paciente, uso de coxim, produto(s) usado(s) na anti-sepsia, via de acesso, uso de eletrocautério, fios utilizados, descrição minuciosa das lesões e dos órgãos examinados, exames radiológico transoperatórios, anotar falta de material quando houver, relatar obtenção de peças cirúrgicas para histopatologia, biópsias, secreções colhidas para estudos laboratoriais, lavações, tipo de suturas (pontos contínuos, separados, especiais), inclusive as realizadas no fechamento da ferida cirúrgica, tipo de curativo, condições do paciente ao término da intervenção, descrição detalhada das lesões por arma branca e, se possível, do trajeto interno detalhado do projétil de arma de fogo; anotar se o projétil foi extraído ou não, assim como outros corpos estranhos. Objetos que constituem indício de crime devem ser classificados e rotulados para envio ao instituto médico-legal ou à autoridade policial. É recomendável DESENHAR, esquematicamente, aspectos importantes da operação. Anotar solicitação de exame histopatológico das peças cirúrgicas que demandem estudo para diagnóstico. Preencher o cabeçalho e demais itens da folha de descrição, como data, hora e duração do ato cirúrgico, forma de anestesia, anotar nome dos auxiliares médicos e dos outros profissionais de toda a equipe, assinatura e carimbo.

A descrição cirúrgica deve constituir atrativo relato de valor científico, cuja leitura inspire confiança e crédito.

A equipe deve conferir todo o material cirúrgico, inclusive gazes e compressas, antes e depois da operação, para evitar permanência de corpo estranho no paciente. É preciso que esses fatos sejam anotados no prontuário, assim como intercorrências dignas de nota durante o ato cirúrgico.

Folha de descrição cirúrgica bem preenchida é documento COMPROVANTE impres-

cindível dos procedimentos cirúrgicos e, em geral, é imprescindível para COBRANÇA dos gastos pelo serviço de faturamento e, principalmente, para comprovação do que foi realizado pela equipe cirúrgica em casos de dúvidas, demanda judicial ou processo ético-profissional.

Pelo exposto, é altamente lamentável o uso de carimbos com descrição sumária de procedimentos cirúrgicos.

Em casos de cancelamento de intervenções cirúrgicas suas razões devem estar anotadas no prontuário.

**FOLHA DE ANESTESIA.** É preciso que contenha todos os procedimentos aplicados ao paciente na sala de operações nos períodos pré-anestésico e pós-anestésico. Preencher o cabeçalho com nome da instituição e dados do paciente (nome, registro, data do nascimento, sexo, cor, peso, filiação, clínica, enfermaria, apartamento e leito); anotar diagnóstico pré-operatório, condições pré-operatórias, operação proposta, operação realizada, diagnóstico pós-operatório, nome dos membros da equipe cirúrgica, tipo de intervenção (urgente, eletiva), nome do anestesista e de seus auxiliares. Adicionar relatório de visita pré-anestésica com registro de risco anestésico (ASA 1 a 7): perfil clínico do paciente (anamnese e exame físico), exames complementares, medicação pré-anestésica, data, assinatura e carimbo do médico visitador. Durante a anestesia, fazer gráfico de controle de drogas injetadas e inaladas, líquidos infundidos (transfusão sangüínea), pulso, respiração (assistida, controlada, espontânea), temperatura. Comportamento da pressão arterial. Registro e controle das eliminações urinárias em pessoas com cateter vesical, técnica(s) anestésica(s) usada(s). Fazer relatório do material gasto, da duração do tempo de anestesia, relato de anormalidades (cianose, arritmias, náuseas, vômitos, sudorese, broncoespasmos), registro das condições do paciente aondeixar a mesa cirúrgica. É indispensável registrar as intercorrências observadas antes, durante e depois do procedimentos anestésicos. Data, assinatura e carimbo do anestesista titular.

Para agilizar os procedimentos de anotações em anestesia, tem sido utilizado formulário com pequenos quadriláteros em que se marcam sim ou não para anotações da anamnese (história prévia de acidente vascular cerebral, hipertensão, alergia, arritmias, diabetes, disfunção tiroideana, asma brônquica, cirurgias prévias, medicamentos usados, problemas anestésicos anteriores), do exame físico (pressão arterial sangüínea, temperatura), e exames complementares (hemograma, ionograma e outros elementos). O objetivo é direcionar a realização completa do exame clínico. Se houver apenas um espaço para

registros sobre o perfil clínico do paciente, podem ocorrer anotações incompletas.

Cabe ao anestesista anotar, quando houver, inexistência das condições mínimas requeridas para efetivação do ato anestésico, contidas no teor da Resolução CFM n.º 1.363/93, assim como as providências tomadas a respeito (cancelamento do ato anestésico ou a obtenção do material faltante).

**FOLHA DE PRESCRIÇÕES.** Constituem-se de: (1) cabeçalho, com nome da instituição; dados do paciente: nome completo (sem abreviações), registro, sexo, data do nascimento (ou a idade), peso, clínica, enfermaria, apartamento, leito, quarto; (2) coluna de prescrição médica com data, horário e vias de administração, doses das drogas usadas; (3) coluna do horário da administração das medicações (anotado pela enfermagem); (4) coluna de informações da enfermagem com registro das ocorrências principais. É desejável numerar as folhas.

Algumas considerações a respeito das prescrições são oportunas. Prescrever medicamentos para serem ministrados “SOS” ou “se necessário” é censurável. O critério de uso não poderia ser feito pelo paciente (automedicação), pelos acompanhantes ou pela enfermagem, em relação a analgésicos, antiinflamatórios, psicofármacos, antieméticos e outros medicamentos, e alguns com administrações fixas de doses e horários (Schmitz, 1989). Medicações feitas nesse regime possibilita o diagnóstico de sintomas e sinais ser feito por pessoal não-médico, até mesmo pelo próprio paciente ou seu acompanhante. Em análise rigorosa, equivale a medicar o enfermo sem exame médico. Tais sintomas ou sinais podem acompanhar-se de outros males que precisam ser também diagnosticados e tratados. A desidratação em recém-nascidos pode causar febre, tratável pela “dipirona SOS”, que não trataria a desidratação. Movimentos por inquietação podem ser tomados por convulsão e, assim, seriam “tratados” com anticonvulsivo SOS. Mal-estar de origem metabólica em criança pode motivar choro e ser confundido com dor, e o paciente pode vir a ser medicado inadequadamente com “dipirona SOS”. Também, “Plasil SOS” assinala, estranhamente, que o paciente será medicado sempre depois que os vômitos já ocorreram e estes poderão estar de volta quando o efeito medicamentoso cessar. Isso poderá ser evitado se o medicamento for aplicado a cada 8 horas. “Isordil SOS” pode ser administrado erroneamente em caso de enfarto agudo do miocárdio como complicação em casos internados por angina do peito. Em lugar de SOS ou “se necessário”, é regular escrever “a critério médico” ou especificar o critério de uso. Por exemplo, “dipirona 40 gotas. por via oral, se a temperatura axilar for acima de 37°C, em intervalos mínimos de 6 horas.

O médico, ao prescrever drogas injetáveis, indicará se necessitam ou não ser diluídas, qual o líquido e o volume indicados para a diluição (Parecer do CRM-DF à Consulta n.º 0019/01).

É indispensável que as diluições de medicamentos sejam especificadas em quantidade e teor – não apenas escrever “dil”. Por exemplo, gentamicina, 70 mg IV diluídos em 20 mL de água destilada, de 8 em 8 horas. É fundamental que as prescrições sejam refeitas a cada vinte e quatro horas ou mais freqüentemente se for necessário ou em casos de recém-nascidos e pacientes em estado grave. A posologia deve ser precisa, legível, SEM SIGLAS DESCONHECIDAS OU IMPRÓPRIAS (V. ABREVIATURAS, SIGLAS E SINAIS IMPRÓPRIOS, p. 29). São inadequadas prescrições sob essa forma condicional (“se necessário”).

Alguns procedimentos subsidiários podem facilitar o controle do tratamento. Assim, recomenda-se escrever a DIAGNOSE da doença e o número de dias pós-operatórios no início da prescrição. Exemplo: coledocistite, quinto dia pós-operatório.

Evitar escrever algarismos de forma descuidada, porque se podem criar dúvidas: às vezes 4 parece 9, 0 parece 6 e 1 assemelha-se a 7. Dieta oral zero é expressão mais adequada que dieta “0”. Observe-se que “dieta zero”, a rigor, significa supressão total de alimento por qualquer via.

Escrever com letras GARRAFAS as idiosincrasias alérgicas, correlatas a antimicrobianos, dipirona, esparadrapo, iodo e outras identificadas.

A prescrição de REPOUSO NO LEITO ou de REPOUSO RELATIVO pode ser fundamental para o paciente. Nos traumas abdominais fechados, com hematoma subcapsular do baço ou do fígado, por exemplo, é praxe prescrever repouso ABSOLUTO para o doente. Também é importante ter registrada na prescrição, quando indicados, mudança de decúbito, massagem de membros, exercícios respiratórios (balão de luva e outros), elevação da cabeceira do leito, deambulação.

Saber, antes de prescrever, se o medicamento está disponível na instituição. Se aquele for o único eficaz, mesmo se indisponível, deve ser prescrito, e a farmácia notificada.

É aconselhável prescrever medicamentos com uso do nome GENÉRICO DE SEU

**PRINCÍPIO QUÍMICO** para evitar substituições inadequadas. Nem sempre medicamentos com o mesmo princípio ativo têm a mesma eficácia. A especificação do laboratório ou do fabricante pode ser essencial. O nível de controle de qualidade e substâncias associadas podem ser motivos de diferenças de ação do medicamento em relação a um determinado paciente.

É preciso que o médico não tenha **PRESSA** na realização das prescrições pois o açodamento pode ser causa de complicações e até de óbito (letra ilegível, enganos na posologia, omissões). Omissões podem causar graves danos ao paciente. O esquecimento, por exemplo, de prescrever irrigação periódica de sonda nasogástrica possibilita sua obstrução que, em um lactente, poderá complicar o quadro clínico, ocasionar vômito, grave pneumonia por aspiração e óbito.

É praxe necessária que os itens de prescrição sejam **NUMERADOS** e haja espaço em branco entre eles e a identificação clara do médico prescritor.

**FORMULÁRIO OU BOLETIM DE ALTA.** As altas podem ser: hospitalar, para pacientes internados, ambulatorial e domiciliar de acordo com critérios do Ministério da Saúde (Mezzomo, ob. cit., p. 63). É básico que contenha diagnoses principal e secundária(s) (anotar o código da CID), citação dos principais procedimentos médicos realizados (operações, endoscopias, diálises), assinalar condição do paciente na ocasião da alta (curado, melhorado, inalterado), circunstâncias especiais de alta (a pedido, por evasão, por indisciplina, por transferência).

Escrever o resumo da história da doença atual e citar doenças anteriores ou associadas se houver. Fazer a relação de exames realizados (laboratoriais, imaginológicos, EEG, ECG, medicamentos principais). Relatar procedimentos especiais (nutrição parenteral, diálises, quimioterapia, radioterapia), hemoterapia (transfusões de sangue, de plasma, crioprecipitados, concentrado de plaquetas). Fazer o resumo da evolução da doença, com relato dos métodos que possibilitaram o diagnóstico, resposta aos procedimentos terapêuticos, prognose, motivos da alta e orientação após a alta (encaminhamento a outra instituição, seguimento ambulatorial) ou relato do óbito. Acrescentar data, assinatura e carimbo.

Em todos os casos, no resumo de alta, haverá:

- (1) diagnóstico definitivo ou diagnósticos prováveis (com código da CID);  
evitar siglas;

- (2) história sucinta da moléstia;
- (3) principais procedimentos médicos realizados;
- (4) principais medicamentos utilizados;
- (5) resultados resumidos dos principais exames complementares que ajudaram a estabelecer o diagnóstico;
- (6) complicações (incluir infecção nosocomial);
- (7) condições em que o paciente se encontra no momento da alta (curado, inalterado, melhorado); circunstâncias de alta (a pedido, por evasão, por indisciplina, por transferência);
- (8) programação de seguimento médico se houver (ambulatorial, domiciliar, encaminhamentos a outros especialistas). Anotar data de retorno se este for necessário.

Exemplo: “Paciente com diagnóstico de hérnia inguinal direita, notada há seis meses, com relato de um episódio de encarceramento, submeteu-se a reparo cirúrgico (data), teve alta (data) em bom estado geral, orientado para seguimento ambulatorial (data de retorno)”.

Será feito resumo de alta mais detalhado (digitado, se possível) na folha de evolução e uma cópia pode ser entregue ao paciente.

**FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE ÓBITO.** A notificação de óbito é parte da assistência médica e fonte imprescindível de dados epidemiológicos. A primeira via é encaminhada para o setor de estatística da Secretaria de Saúde para registro de mortalidade. A segunda irá para o CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL que emitirá CERTIDÃO OU DECLARAÇÃO DE ÓBITO (não, atestado ou certificado). A terceira poderia ficar no prontuário do paciente. Quando o corpo é necropsiado, a terceira via tem ficado nos arquivos do departamento de patologia, anexa ao laudo da necropsia, em diversas instituições.

**FICHA DE FOTOGRAFIAS.** Útil para controle e avaliações visuais das lesões. Com disponibilidade de copiadoras eletrônicas (scanners) e câmeras fotográficas computadorizadas e mesmo telefones portáteis com câmaras fotográficas, há facilidade em fotografar lesões e arquivar as fotografias, estas impressas em uma folha do prontuário. Como este é documento sigiloso, são permitidas as fotografias dos pacientes, inclusive as de face, mesmo se estes pacientes forem menores.

**BOLETIM DE SOLICITAÇÃO DE NECROPSIA.** Se o diagnóstico não estiver bem elucidado e o paciente tiver falecido, deverá ser feita necropsia, sobretudo em hospitais de ensino, e seu relatório será anexado ao prontuário (Carvalho, 1977, p. 173).

Esse relatório deve conter identificação do paciente, com nome, registro, idade, sexo, cor, data de nascimento, clínica em que foi atendido. Interessa preencher completamente o cabeçalho. No espaço para a REQUISIÇÃO DE NECROPSIA, O requisitante deve relatar sumário da história da moléstia atual, diagnose(s), exames de comprovação deste(s), procedimentos realizados, causa da morte (condições que causaram ou que provavelmente causaram o óbito), data e hora do óbito, assinatura e carimbo do médico solicitante. A segunda via do pedido de necropsia será guardada no prontuário.

É indispensável, no próprio boletim, a AUTORIZAÇÃO (assinada) do responsável pelo paciente falecido para realização da necropsia. A Resolução CFM n.º 1.081/82 disciplina o consentimento ou a autorização requera seguinte forma ou similares: "Autorizamos o Serviço de Anatomia Patológica a realizar necropsia no corpo de (espaço), conforme solicitação médica". Local, data, assinatura do responsável, declaração do grau de parentesco. Uma AUTORIZAÇÃO PARA SEPULTAMENTO pode integrar esse formulário na seguinte forma: "Autorizamos a Unidade de Anatomia Patológica a fazer o sepultamento de (espaço para nome do falecido)". Assinatura do responsável.

É habitual a família não permitir a necropsia. Mas, tendo em vista sua grande importância na elaboração de diagnósticos, sobretudo em ocasiões de dúvidas sobre o adequado atendimento e conduta profissional, é pertinente que o médico procure cuidadosamente convencer a família sobre a necessidade e a importância da necropsia. A comprovação da causa de morte, quando possível, contribuirá para defesa da equipe assistencial e beneficiará a família em suas reivindicações. As necropsias têm relevante papel no aperfeiçoamento clínico, no conhecimento científico, no

enriquecimento da relação médico-sociedade e há casos de parentes arrependidos da discordância e ansiosos pelo esclarecimento por meio de exumação, procedimento muito mais complicado (Tiriba, 2003).

**RELATÓRIO DE NECROPSIA.** Anotam-se, aqui, data e hora da autópsia, cor da pele, comprimento do corpo, peso, descrição das partes orgânicas lesadas, relato de procedimentos para exames acessórios e diagnose feitos em seguida ao ato da necropsia. É norma anexar uma cópia do documento ao prontuário e fornecer outra à família do paciente falecido ou a seu responsável.

**FOLHAS DIVISÓRIAS.** O uso de folhas com tarjeta colorida pode ser útil para separar as secções do prontuário.

\* \* \*

## Preenchimento

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o prontuário conterá, do enfermo, data do nascimento ou idade aproximada, sexo, estado civil, registro de internação e alta, diagnóstico provisório, relatório das intervenções cirúrgicas, descrição do estado de saúde na ocasião da alta e o motivo desta, causa de óbito, diagnóstico principal, outros diagnósticos.

Pode-se acrescentar ainda que há de ter registro, também, de data e HORA dos atendimentos, nome completo e assinatura do profissional assistente com seu número de inscrição no respectivo conselho de classe. Usar carimbo. Em caso de não-profissionais assistentes, como alunos em treinamento, é necessário que sua assinatura conste ao lado da do titular atendente.

**IMPORTÂNCIA DO PREENCHIMENTO ADEQUADO E METÓDICO.** O prontuário é essencialmente do paciente, não do médico. É fundamental que todos os profissionais que lidam com o enfermo façam ali suas anotações. É imprescindível a formação do hábito cultural de escrever metodicamente no prontuário. Isso estimula os profissionais assistentes a conhecer mais o paciente e sua doença. Pressa, negligência, desconhecimento sobre como preencher e outras circunstâncias concorrem para a má utilização do prontuário.

Como critério de qualidade de atendimento, é importante que o médico programe seu tempo de consultas de modo que este seja suficiente para fazer os registros completos no prontuário.

É propício ao melhor relacionamento médico-paciente que, no contato inicial, o profissional converse com o paciente para estabelecer adequada confiança ao assistido e conhecer seu quadro mórbido geral e, só posteriormente, realizar as anotações. Priorizar os registros clínicos no primeiro momento de contato com o doente pode transmitir-lhe indiferença do médico e causar entraves ao relacionamento entre ambos.

**DADOS INCOMPLETOS.** É infração à ética não anotar, no prontuário, todos os procedimentos decorrentes da assistência ao doente (Código de Ética Médica, art. 69, capítulo V): “Com a tendência a aumentar os litígios entre pacientes, médicos, entidades, torna-se conveniente elaborar o prontuário com o maior número de dados

possível, com escrita legível, estendendo-se essa obrigação aos profissionais que lidam com o paciente” (Bittar, 1980). É comum, nas descrições cirúrgicas, a ausência de dados importantes pela descrição insuficiente dos achados cirúrgicos, que pode levar o paciente a sofrer novas intervenções invasivas (Hossne, 1992). Anamnese e exame físico mal conduzidos dificultam a avaliação nas consultas subsequentes, prejudicam as apreciações legais para fins de seguro, previdência e indenização em casos de doenças do trabalho e infectocontagiosas. É comum constar, aí, apenas comentários específicos pertinentes à especialidade do relator. Isso acarreta a não-detecção de afecções como síndrome da imunodeficiência adquirida (Sida), hepatite, tuberculose e outras comorbidades, que podem agravar, entre outros eventos, o risco cirúrgico-anestésico em relação ao paciente e o risco de contaminação dos profissionais assistentes. Prejudica a instituição que arrecada por meio de convênios, não anotar, no prontuário, todos os atendimentos ao paciente, mesmo os mais simples, como retirar pontos de feridas cirúrgicas, trocar curativos, fazer limpeza de estomas.

É basilar o médico anotar com **DETALHES** e extensivamente, no prontuário, todos os procedimentos realizados, justificar as condutas adotadas, descrever o estado do paciente durante o atendimento, relatar diagnósticos, pareceres, dificuldades de assistência (v. folha de evolução, p. 39). Essas precauções serão redobradas em casos de pacientes a serem transferidos e que estejam em estado grave, ou sejam portadores de doenças de má prognose, casos em que o paciente demonstre hostilidade (v. paciente hostil, p. 71) seja vítima de agressões criminosas, como estupro, espancamento, sevícia de menores (notificação compulsória nesse caso) e outros. Descrever com minúcias todas as lesões de origem criminal ou que assim pareçam, ou de causa violenta como atropelamento ou uso de força física.

**LEGIBILIDADE.** O prontuário é um elo entre os profissionais da equipe assistencial. Recomenda-se, portanto, que a linguagem seja clara, concisa, sem códigos pessoais, sem excesso de siglas, sem abreviaturas desconhecidas. As **ANOTAÇÕES** precisam ser **LEGÍVEIS**. “É vedado ao médico receitar ou atestar de forma secreta ou **ILEGÍVEL**, assim como assinar em branco papeletas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos” (artigo 39 do Código de Ética Médica). Nos prontuários em suporte de papel, é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente (Resolução CFM n.º 1.638/02).

As **criptografias** atormentam aqueles que precisam consultar documentos médicos. Freqüentemente agentes do Poder Judiciário solicitam cópias dos prontuários. Trechos

ilegíveis podem dificultar ou mesmo obstar a perfeita interpretação dos pertinentes avaliadores em desfavor do médico ou do paciente. Boa caligrafia faz parte das boas normas e hábitos profissionais do médico. Ilegibilidade das prescrições ou das receitas, por exemplo, pode ensejar troca de medicamentos ou seu uso indevido, o que pode ser fatal para o paciente e motivar penalidades judiciais. Por falta de clareza, podem ocorrer mudanças, como nestes exemplos: Feldeno/Teldane; Plasil/Flagyl; Amoxil/Amaril; Lasix/Losec (Salinas, 2003). Conforme artigo publicado no Jornal do HUB (Vianna, 1999), um cardiologista do Texas foi condenado a pagar US\$ 450 mil à família de paciente que morreu depois de ingerir altas doses de Plendil (para hipertensão arterial) em lugar de sordil (vasodilatador para angina), em consequência de má grafia da receita médica, interpretada erroneamente pelo farmacêutico.

O Decreto n.º 20.931, de 11 e janeiro de 1932, ainda em vigor, dispõe, no artigo 15, que devemos médicos “escrever as receitas por extenso, legivelmente, em vernáculo, nelas indicando o uso interno ou externo dos medicamentos, o nome e a residência do doente, bem como a própria residência ou o consultório”. Também o Decreto n.º 793, de 5 de abril de 1993, art. 35, dá que “somente será aviada a receita médica que estiver escrita à tinta, de modo legível, observadas a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais, indicando a posologia e a duração total do tratamento”.

Considerando os avanços técnicos, o Conselho Federal de Medicina admite a prescrição médica datilografada ou digitada em computador que deve ser assinada. Não admite carimbos com nome e doses de medicamentos, por limitar a autonomia e liberdade profissional do médico (Parecer CFM n.º 05/2000). A responsabilidade pelos danos ao paciente, motivados pelo uso errôneo de drogas é do médico prescritor, por negligência, do balconista ou do farmacêutico, por imprudência, por fornecer produto cuja prescrição não era clara (Salinas, ob. cit.). Em caso de o médico ter má-letra, sugere-se que a torne legível ou que escreva em “letras de forma”.

**ERROS GRAMATICAIS.** Há numerosas incorreções gramaticais e de redação nos impressos do prontuário. Podem ser motivo de críticas e incompreensões por ambigüidades, obscuridades, prolixidades, omissões, equívocos. Por constituir um documento o prontuário, é RECOMENDÁVEL adotar linguagem de padrão culto e a ORTOGRAFIA OFICIAL de acordo com o Vocabulário Ortográfico da Academia Brasileira de Letras (que tem força de lei) e evitar modismos como “a nível de” (espanholismo em geral suprimível), penalizar no sentido de punir, extrapolar por exagerar; estrangeirismos desnecessários como follow-up por seguimento, stent por molde ou sonda, day clinic por hospital-dia;

solecismos dos tipos “foi feito (feita) radiografia”, “realizado (realizada) ecografia”, “diagnóstico à (a) esclarecer”, “havam (havia) sintomas”; falhas de grafia como “umbelical” (umbilical), “esterelizar” (esterilizar) “oncohematologia” (onco-hematologia), “polihidrâmnio” (poliidrâmnio), “anti-inflamatório” (antiinflamatório), “expontâneo” (espontâneo), “exudato” (exsudato), “ultrassonografia” (ultra-sonografia), “suprarenal” ou “suprarrenal” (supra-renal); expressões e nomes inadequados à linguagem culta científica, como “há anos atrás” (pleonasma por há anos ou anos atrás), “colher gasometria” (colher material para gasometria), “enxerto livre” (redundância), “boca de colostomia” (pleonasma), “fístula estercoralis” (fístula estercoral), “dez mls” (símbolos não têm plural), “10hs ou 10hrs, 10:30 h” (10 h, 10h30), “sintomatologia dolorosa” (dor), “dor na topografia do baço” (dor na região do baço), “exame clínico normal” (paciente normal ao exame clínico), “raio X do paciente” (radiografia do paciente), “patologia rara” (doença rara), evitar uso de patologia como sinônimo de doença, “sonda de nelaton” (sonda de Nélaton); gírias médicas como, “bexigoma” (repleção ou distensão vesical), “colostograma” (colografia), “laparotomia branca” (não terapêutica). Expressões desgastadas pelo seu uso abusivo como “devido a” (em decorrência de, por motivo de, em consequência de), “paciente refere” (declara, informa, diz, reclama de), “paciente evoluiu com” (teve, apresentou, cursou com, segue com), “presença de” (geralmente suprimível) e outros casos. Não usar termos subjetivos, como “infecção violenta” (infecção grave), “recuperação dramática” (recuperação rápida), “dor importante” (dor digna de nota). Essas falhas adquirem maior dimensão em hospitais-escola, porque podem ser propagadas desde cedo entre os alunos e fortalecer os descasos pela linguagem científica acurada e pelo padrão culto normativo.

**ABREVIATURAS, SIGLAS E SINAIS IMPRÓPRIOS.** É comum encontrar em prontuários siglas como: paciente BEG, MEG, AR: MVF S/ RA, ACR: RIR, 2T, SNF, FC 96 bpm – AR MV+ S/ RA, e frases como “Cça em tto de pn + dp 13 dias”. Critica-se amplamente a existência de abreviações e siglas no prontuário. O uso inadequado e abusivo de reduções, taquigrafias, regionalismos e siglas de uso pessoal poderá ocasionar, em relação aos muitos consultores do prontuário, justo constrangimento ou falsa compreensão. Há regionalismos, siglas restritas a especialidades, siglas com várias interpretações, o que impossibilita a compreensão do escrito, o que torna especialmente inadequada a anotação dos diagnósticos em forma de siglas. Ter sempre um dicionário de siglas à mão ou criar a padronização delas são soluções pouco práticas. É criticável escrever pcte, qdo, tto, dn, tb, cça, c/, p/. Tais reduções são desconformes às normas gramaticais de abreviatura. É também reprovável escrever, desnecessariamente, sinais como substitutos de palavras. Ex.: Foi observado ↓ (decréscimo) do volume urinário. A

leucocitose ↑(aumentou) no último exame. Refere dor abdominal há ± (cerca de) 2 dias. Criança com Blumberg+ (com sinal de Blumberg), paciente com # (fratura) no pé esquerdo. Anotar SOS em lugar de por indicação médica é comum nas prescrições médicas no Distrito Federal. Não é erro, nesse sentido, mas é recomendável que, em publicações médicas, seja evitada por ser regionalismo e por não pertencer à linguagem médico-científica (v. folha de prescrições, p.44). Todavia, pela sua utilização generalizada, alguns casos podem ser aceitáveis: SF, IV, VO, IM, ECG, SNG, AAS, GTS, PVC, AIDS, EDTA, UTI, IML, MMII, RX.

**INFORMÁTICA.** Considerando-se o grande volume de documentos armazenados nos estabelecimentos de assistência ao doente e nos consultórios médicos; a necessidade de manutenção do prontuário, diante dos avanços da tecnologia da informação e da telecomunicação, o uso de sistemas informatizados no manuseio do prontuário, foi avaliado pelo Conselho Federal de Medicina, que emitiu a Resolução n.º 1.639/02 com o estabelecimento de normas para o uso de meios eletrônicos para o preenchimento e guarda do prontuário.

Considera-se que o prontuário de papel pode perder-se ou não estar disponível quando for necessário, apresentar partes ilegíveis ou incompletas, ocupar grande espaço nos arquivos.

Em comparação ao prontuário informatizado, o prontuário de papel tem a vantagem de não sair do ar, como ocorre com os computadores, pode ser carregado com facilidade, não requer treinamentos especiais para uso.

Todavia, a utilização de meios eletrônicos pode facilitar o preenchimento do prontuário manuscrito e até substituí-lo. O prontuário eletrônico tem apoio legal como documento e provas judiciais (artigo 225 do Novo Código Civil). Com a informatização, a ilegibilidade tem sido curada nos laudos de exames complementares, por quanto são digitados. Os relatórios feitos por computador são também práticos, facilmente corrigíveis e formatados, dispensam formulários impressos, podem ser arquivados no computador para revisões e pesquisas, podem ser impressos em folhas padronizadas, possibilitam veiculação pela Internet. Modernamente, muitos formulários e laudos podem ser informatizados. A Medida Provisória n.º 2.200, de 28 de junho de 2001, legaliza a assinatura eletrônica em alternativa aos meios tradicionais de validação de documentos.

Não há obstáculo na utilização da informática para elaboração de prontuários médicos, desde que seja feita cópia de segurança, pelo menos a cada 24 horas, e seja garantido o sigilo profissional (Resolução CFM n.º 1.639/02) e que haja dispositivos que impeçam a reformulações posteriores dos escritos destinadas a favorecimentos escusos e outros tipos de fraudes. Todavia, a existência de prontuário apenas virtual é censurável, já que é forçoso constar, nos registros, assinatura e identificação dos profissionais que assistem o doente. É necessário criar dispositivos de segurança para que cópias de assinaturas obtidas por meio de copiadoras eletrônicas (scanners) não sejam tomadas como originais. O Conselho Federal de Medicina deverá certificar tecnicamente os programas instalados, os quais devem obedecer às normas de armazenamento de dados, segurança dos arquivos, a validade da assinatura eletrônica do profissional e outros aspectos (Medicina Geraes, 2003, p. 7).

Aguarda-se o uso do computador para preencher todos os documentos do prontuário. Mas ocorrem outros problemas a serem avaliados e resolvidos, como casos de perda de prontuários eletrônicos, pacientes com dois ou mais prontuários abertos, falhas técnicas do sistema, morosidade no serviço de manutenção dos aparelhos, necessidade de senhas para segurança, a mesa do terminal terá que ser maior que as outras, a manutenção do sigilo profissional que deverá ser observado pelos técnicos da manutenção do sistema, médico, atrasos na disponibilidade e no uso do sistema eletrônico, que podem criar horas extras, constrangimentos e impaciência em referência aos que esperam atendimento (Medicina Geraes, ob. cit.).

**CONCISÃO, CLAREZA E EXATIDÃO.** São substanciais nas informações. Frequentemente, poucas linhas bem escritas dão mais informações que muitas frases rotineiras e pouco legíveis a ocupar muitas linhas. Devem-se evitar: (1) prolixidades como: até o presente momento (melhor: até agora); durante o tempo em que (enquanto); dentro dos limites da normalidade (normal); ser submetido a uma intervenção cirúrgica (ser operado); não apresentar febre (sem febre); (2) nomes longos: conseqüentemente (assim), empregar (usar), epidemiológico (epidêmico), traumatismo (trauma); (3) termos dispensáveis: Paciente com presença de varizes (com varizes). Peça uma radiografia ou um raio X (Peça radiografia). Frases longas costumam ser de compreensão difícil.

**PREENCHIMENTO DOS CABEÇALHOS.** A identificação do paciente é importante em cada papeleta, porque permite identificar e repor papéis soltos ou misturados em seus devidos lugares no prontuário. À falta desse requisito, principalmente pela ausência do número de registro, grande quantidade de resultados de exames laboratoriais, anatomopato-

lógicos, imaginológicos e outros são acumulados sem possibilidade de integrá-los aos respectivos prontuários, o que acarreta perda de material, gasto de tempo e de mão-de-obra, necessidade de repetição dos exames, o que causa mais gastos e outros prejuízos para os pacientes: pode haver laudos com diagnóstico de neoplasias malignas e outras anormalidades não apresentados a estes e aos médicos que os assistem.

**NUMERAÇÃO DE FOLHAS.** É recomendável que as folhas de anotação sobre a evolução da doença, de prescrição, de relatórios de profissionais não-médicos e outras tenham numeração própria para sua organização e reorganização no prontuário em caso de desvios ou de mistura eventual. A numeração sistemática das folhas do prontuário pode dificultar e desestimular fraudes.

**“CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS” – “O CID”.** Interpretação errônea da sigla. CID refere-se a Classificação Internacional de Doenças (atualmente, CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE), não a “código internacional de doenças”. Desse modo, em lugar de “número do CID”, deve-se dizer código da CID por haver LETRAS E ALGARISMOS nessas referências, e por CLASSIFICAÇÃO ser nome do gênero FEMININO. Deve ser escrito ao lado dos diagnósticos (sobretudo os definitivos), nas folhas de internação, de alta, de óbito e no formulário de morbidades. Este sistema tem sofrido CONTÍNUAS ALTERAÇÕES, obrigando as administrações hospitalares a constantes readaptações (Carvalho, 1977, p. 114). Para mais exatidão, é recomendável escrever CID-10, referência à mais atual revisão (10.<sup>a</sup>) dessa nomenclatura. Ex.: erisipela, CID-10 A46.

Recentemente, a Associação Médica Brasileira e suas sociedades de especialidade, junto ao Conselho Federal de Medicina, elaboraram a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CPHPM), que permite a nomeação de cerca de 5.400 procedimentos médicos, tornando-se esta uma referêncianacional para identificação dos atos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, cientificamente comprovados.

**ESPAÇOS VAZIOS.** É relevante inutilizá-los com um RISCO (traço) para evitar anotações extemporâneas de outra natureza, que poderiam ser fonte de interpretações confusas pela quebra da seqüência lógica de comentários e de dados no atendimento do paciente.

## Relatórios de profissionais não-médicos

É fundamental a importância que profissionais de todos os níveis (enfermeiros(as) e auxiliares, ortoptistas, nutricionistas, pedagogos, psicólogos, psicomotricistas, ortesistas, fonoaudiólogos, transfusionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, técnicos de diversas áreas) ou estudantes dessas áreas registrem, no prontuário, suas observações e seus procedimentos na folha de evolução ou, se preferirem, em papeletas especiais, a critério da instituição.

**RELATÓRIO DE ODONTOLOGIA.** Os odontólogos pertencem à área médica especializada. Têm prerrogativa de prescrever medicamentos e pedirexames complementares. Sabe-se que doenças dentogengivais podem sinalizar males sistêmicos. Não há impedimento ético para a unificação de fichas médicas e odontológicas num prontuário (CRM-DF, Parecer à consulta n.º 0074/2000).

**RELATÓRIO DE ENFERMAGEM.** A expressão “evolução da enfermagem” é imprópria. As anotações referem-se à evolução da doença do paciente, não à da enfermagem.

Para o médico, é indispensável ler as observações da equipe de enfermagem em busca das ocorrências sobre eliminações, queixas do paciente, dados vitais, procedimentos da enfermagem, visitas de profissionais não-médicos e outras ocorrências. Frequentemente dados valiosos do paciente são escritos no chamado “livro de capa preta” da enfermagem, como: críticas, queixas, pedidos, sugestões, falhas no atendimento. É importante que os membros da equipe assistencial o consultem regularmente.

Não há norma legal que proíba anotações da enfermagem e de outros profissionais da área de assistência médica na folha de evolução nosológica (Protocolo do CRM-DF n.º 0092/97; consultas CRM-DF 0092/97 e 0088/05), a não ser que haja, da instituição, regulamento administrativo em contrário (Jornal do CRM-DF, abr., 1998). Tais informações são indispensáveis no prontuário. O Decreto n. 50.387, de 28 de março de 1961, regulamenta a Lei n.º 2.604/65 do exercício profissional da enfermagem, e prevê, no artigo 14, inciso C, como deveres de todo o pessoal da enfermagem manter perfeita anotação nas papeletas de tudo quanto se relacione com o enfermo e com a enfermagem, inclusive a identificação do paciente, seu aspecto sociocultural e psicofísico.

É de boa norma que essas anotações sejam feitas em papeleta especial. Nesta, além das anotações de rotina, haverá uma folha própria para registro de balanço hídrico, gráficos de temperatura, pulso, pressão arterial e incursões respiratórias.

Anotar manifestações mórbidas (dor, náuseas, vômitos, sangramentos, soluços, sudorese e outras); administração dos medicamentos; procedimentos efetuados, como troca de curativo, troca de bolsas coletoras de secreção (anotar quantidade, características físicas, em registros periódicos, por exemplo, a cada seis horas); irrigação de sondas; dados sobre o sono do paciente; eliminações (sua natureza e frequência). Justificar quando os procedimentos prescritos não puderem ser realizados.

Registrar também medidas antropométricas (peso, altura) reações à medicação, aceitação do alimento, eliminações, queda de cima da maca ou de sobre o leito, administração trocada de medicamentos, queimaduras, interrupção de jejum, cancelamento de operações, queixas justas dos pacientes ou de seus responsáveis.

Notificar a hora da solicitação de cuidados médicos e a hora em que o profissional atendeu o paciente. É convencional a enfermeira escrever em vermelho à noite e em preto ou em azul durante o dia. Evitar qualquer afirmação de diagnóstico ou de interpretação de achados.

\* \* \*

## Acesso ao prontuário

Tendo em vista o sigilo profissional, o acesso ao prontuário é regido de leis e normas, de impedimentos ou de concessões, que é mister conhecer. Em seqüência, apresentam-se situações relevantes sobre o assunto.

**PACIENTES.** O médico fornecerá cópia do prontuário se solicitada pelo paciente (Resolução CFM n.º 1.065/00), ou por seu representante legal. Mas o paciente não levará e guardará o prontuário consigo. O paciente ou autorizado responsável podem ter cópias do respectivo prontuário quando o desejarem (Parecer do CRM-DF à consulta n.º 0043/00), salvo situações especiais. Caso o pedido de informações seja feito por pessoa da família do paciente, é necessária sua autorização. Pelo Código de Ética Médica, art. 70, é vedado ao médico negar ao paciente acesso ao seu prontuário, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros, isto é, se houver, por exemplo, impressões médicas sobre alcoolismo, homossexualismo, distúrbios mentais, prognóstico ruim da doença, tendência ao suicídio e outras considerações desfavoráveis sobre o enfermo. Estas podem instigá-lo a interpretações inadequadas e causar-lhe prejuízos psíquicos, psicossomáticos, sociais, morais, financeiros e utilizá-las em desfavor do médico e de outros profissionais assistentes.

Doentes com distúrbios mentais têm direito ao acesso a seu prontuário, mas esse direito tem restrições, a critério médico, para evitar danos sérios ao próprio paciente ou resguardar a segurança de outros (Resolução CFM n.º 1.408/1994). Se o médico admitir que tais registros possam trazer mais prejuízo que vantagens ao paciente, tais informações podem ser minimizadas ou até omitidas (França, 2003, p. 126). Respondendo pelo corpo clínico do estabelecimento assistencial, diante da possibilidade de revelação de sigilo médico, é recomendável que a Comissão de Revisão de Prontuários só forneça cópias de documentos mediante consentimento por escrito do paciente e aí conste que a revelação de suas morbidades ou dos seus diagnósticos foram feitas a seu pedido. Em ocasiões futuras, informações do prontuário podem trazer ao paciente prejuízos aos seus interesses. Por exemplo, parentes de posse de cópias do prontuário em que haja diagnóstico de distúrbios mentais no paciente, podem utilizar tais documento para obstá-lo de dispor de seus bens.

Por meio de requerimento ou de recursos similar devidamente assinado, o paciente pode solicitar e obter cópia de seu prontuário e fazer dela o uso que julgar conveniente. Diante de qualquer recusa ou impossibilidade, cabe ao seu representante legal fazer os procedimentos conformes à lei e adquirir o que seja de direito do paciente. Por esse motivo, para evitar versões indébitas, é necessário que as anotações prontuárias sejam feitas de maneira cautelosa.

É usual o paciente trazer ao arquivo requisição médica de outra instituição ou por seu representante legal, alguns dias depois ou até no mesmo dia, obter fotocópias do prontuário ou de parte dele. Mas seria conveniente que, mediante um protocolo, o médico assistente fosse consultado para sua certificação de que o acesso ao prontuário não trará danos ao doente. Em casos de dúvidas, o Conselho Regional de Medicina deverá ser consultado. Em casos especiais, é de bom senso que o médico deixe no prontuário um aviso de ser inconveniente a acessão do prontuário ao respectivo doente tendo em vista os óbices retrodescritos (v. SIGILO PROFISSIONAL, p. 22).

Nos casos em que a instituição não disponha de meios para produzir cópias, um funcionário desta poderá ser incumbido de obtê-las fora do estabelecimento. Não se afigura procedimento seguro essa tarefa ser feita pelo próprio paciente.

**PACIENTE FALECIDO.** Com o óbito do paciente, o conteúdo do prontuário ou de parte dele só será revelado se: (1) houver uma das duas ocorrências previstas no Código de Ética Médica, artigo 102, quais sejam: a) justa causa, determinada pela lei e não pela autoridade e b) dever legal, como ocorrência de fatos cuja notificação à autoridade sanitária é compulsória; (2) sendo incapaz o paciente, a requisição for feita por representante legal ou (3) o paciente ter deixado expressa sua vontade (Homero Costa e advogados. Parecer Jurídico ao CRM-DF em 10 de maio de 2002).

**CONSELHOS DE MEDICINA.** A cópia do prontuário pode ser concedida aos conselhos federal ou regionais de medicina mediante requisição (item 17.12 do Regimento e Normas de Fiscalização do CRM-DF, 2001, p. 29; Resolução CFM n.º 1605/2000, artigo 6.º). Em decorrência dessas prerrogativas estatuídas, é possível alegar justa causa para atender à solicitação de informações oriundas de conselhos de medicina. Isso ocorre, por exemplo, em caso de um médico necessitar da revelação do segredo profissional para defender-se de acusações feitas em processo judicial.

**MÉDICOS.** Em benefício de seu paciente, o médico pode solicitar e obter cópia de seus outros prontuários se existentes em outras instituições. Mas, é vedado ao facultativo este ceder ou facilitar o acesso ao prontuário a pessoas sem compromisso assistencial com o respectivo paciente (Código de Ética Médica, art. 108), exceto se houver consentimento expresso deste (Parecer do CRM-DF à consulta n.º 0023/00). Parasuadefesajudicial, omédicopoderáapresentarafichaouoprontuárioàautoridade competente e solicitar que a matéria seja mantida em segredo de justiça (Resolução CFM n.º 1.605/00).

Pela sua importância, o prontuário deve estar sempre disponível para a equipe assistencial com o propósito de permitir a seqüência do tratamento, mas a cessão de prontuários para estudos e pesquisas a profissionais desvinculados da área médica ou que não pertençam à instituição médica fica desprovida de suporte legal e ético. Como tais estudos podem trazer benefícios à comunidade científica, é necessário que sejam criados dispositivos de apoio.

O médico de seguradora, autorizado pelos beneficiários, tendo acesso ao prontuário, poderá preencher aviso de sinistro e papéis com timbre da firma.

**REPRESENTANTE LEGAL.** É discutível nomear pais, parentes, cônjuge, como representantes legais do paciente, em referência a responsabilidades e aquisições no âmbito médico-assistencial em relação ao enfermo. No direito brasileiro, a figura de representante legal só existe em referência àqueles civilmente incapazes de exercer por si os atos da vida civil, os quais, segundo o artigo 5.º do Código Civil, são: menores de dezesseis anos; loucos de todo gênero; surdos-mudos que não puderem expressar sua vontade; ausentes declarados como tais por ato do magistrado judicial. Os representantes legais têm livre acesso ao prontuário do paciente. Não há óbice para entrega de cópia do prontuário ao representante legal dos pacientes incapazes ou falecidos (Parecer Jurídico, Homero Costa e Advogados, 10.5.02).

**REQUISICÃO JUDICIAL DE INFORMAÇÕES MÉDICAS PARA ELUCIDAÇÃO DE CRIME E OUTRAS PROVIDÊNCIAS.** A lei penal só obriga a COMUNICAÇÃO, o que não demanda a remessa da ficha ou do prontuário. É ilegal a requisição judicial de documentos médicos, por quanto há outros meios de obter a informação necessária como prova (Conselho Federal de Medicina, 2005, p. 156). Em situações particulares, não obstante o antagonismo entre o interesse social pela preservação do sigilo e o correspondente à repressão do crime, prevalece o primeiro, sob pena de, com sua violação, praticar-se o delito do artigo 154

do Código Penal (Otávio Augusto, DJU, de 14/5/1997, p. 9.378). Se o paciente estiver envolvido em ato criminoso, o segredo médico não deverá ser revelado à autoridade judiciária ou policial. Tal não será obstáculo à Justiça, visto que a autoridade recorrerá ao perito médico que examinará o registro clínico do paciente, sem que dele extraia cópias (resolução do CFM n.º 1.614/2001). Também, a Resolução CFM 1.605 estabelece: “Art. 4.º: Se na instrução de processo criminal for requisitada, por autoridade judicial competente, a apresentação do conteúdo do prontuário ou da ficha médica, o médico disponibilizará os documentos ao perito nomeado pelo juiz, para que neles seja realizada perícia restrita aos fatos em questionamento”.

A cessão do prontuário original à autoridade judicial pode ter justificativas específicas, como em casos de estudos grafotécnicos, que poderão ser prejudicados se feitos em fotocópias do prontuário. Se houver autorização expressa diretamente do paciente, o médico PODERÁ encaminhar o prontuário a autoridade requisitante (Resolução CFM n.º 1.605/00). Nesses casos, a cópia ficará na instituição assistencial. É preciso considerar que as fotocópias não reproduzem perfeitamente o material original e podem ocasionar mais dificuldades de leitura em algumas partes, especialmente a apreciação de imagens (ecografias, cintilografias), assinaturas e carimbos já originalmente quase apagados.

Estão entre deveres legais a comunicação compulsória de doença (Lei n.º 643 de 20/8/77, art. 10, inciso VI, publicada em Diário Oficial; Código Penal, artigo 269), de morte materna sofrida durante a gestação ou até 42 dias após o término desta (Portaria n.º 653, do Ministério da Saúde). Na notificação compulsória de doenças, é proibida a remessa do prontuário para a autoridade sanitária (item 17.9 do Regimento e Normas de Fiscalização do CRM-DF, 2001, p. 29).

**DELEGADO.** Não é permitido fornecer-lhe cópia do prontuário ou de parte dele, porque é impossível avaliar se haverá ou não qualquer prejuízo ao doente, a menos que este autorize, por escrito, a cessão de cópias.

**AGENTE DE INSPEÇÃO DO TRABALHO.** Mesmo que seja médico, é vedado conhecer os comemorativos sobre a enfermidade do doente sem a concordância deste, exceto nos casos de acidente de trabalho, quando o agente será obrigado a respeitar o princípio do sigilo profissional (Parecer do CFM n.º 071/94). Não obstante, infringe o artigo 66 da Lei de Contravenções Penais deixar de comunicar às autoridades competentes crimes de ação pública, conhecidos no exercício da medicina ou de outra profissão sanitária, desde que a ação penal não dependa de representação e a comunicação não exponha o cliente a processo criminal.

**AUDITOR.** A auditoria promove segurança para o paciente, é fonte de controle administrativo, instrumento de avaliação da qualidade dos profissionais, fator de estímulo para o corpo clínico, fonte segura de pesquisas para a ciência. É dever da instituição cooperar com seus legítimos propósitos. Para auditorias, o acesso ao prontuário será feito dentro das dependências da instituição responsável pela sua posse e guarda (Resolução do CFM n.º 1.466/96; Parecer CFM n.º 02/94). Os prontuários ou cópias de cópias não podem, portanto, ser retirados do estabelecimento de assistência médica pelo auditor. Também este não poderá fazer anotações em suas páginas, mesmo que seja médico, como exarado no item 17.10 do Regimento de Normas de Fiscalização do CRM-DF, 2001, p. 29 e na Resolução do CFM n.º 1.614/01, art. 7. O perito tem o direito de examinar o paciente para confrontar seu estado com o que se descreve no prontuário, conforme Parecer do CFM n.º 021/94.

**PERÍCIA POR MEIO DE PRONTUÁRIOS.** O médico perito judicial não está preso ao segredo profissional para com a autoridade competente, ficando, entretanto, obrigado a guardar sigilo pericial, como consta do artigo 44 do Código de Ética Médica. Além disso, o artigo 342 do Código Penal estabelece que “cometerá crime de falsa perícia o médico que, nessa função, fizer afirmativa falsa, negar, ou calar a verdade”. A Resolução CFM n.º 1.605 estabelece no art. 4 que “se na instrução de processo criminal for requisitada, por autoridade judicial competente, a apresentação do conteúdo do prontuário ou da ficha médica, o médico disponibilizará os documentos ao perito nomeado pelo Juiz, para que neles seja realizada perícia restrita aos fatos em questionamento”. O médico perito judicial deverá exercer seu mister com absoluta isenção, limitando-se à exposição do que tiver conhecido por meio de exames e observações. Nos seus pareceres, não ultrapassará a esfera de suas atribuições, como estatui o artigo 85 do Código de Ética Médica. O perito médico realizará perícia restrita aos fatos em questionamento.

**PERÍCIA POR MÉDICO-LEGISTA.** O prontuário está disponível à perícia do médico-legista sob sigilo pericial apenas dentro dos limites do objeto da investigação e mantém-se a proibição da retirada do prontuário do estabelecimento assistencial. Na investigação de fatos que originem denúncias, bem como nas ações propostas contra médicos ou hospitais, o prontuário servirá às partes como meio de prova.

**COBRANÇA DE CONVÊNIOS E DE SEGURADORAS.** Não há dispositivos legais que obriguem o dirigente de instituições médicas declarar, nas guias de atendimento ao paciente, informações constantes do prontuário para ressarcimentos financeiros (Consulta CRM-DF n.º 23/2000).

O médico poderá preencher o formulário para concessão dos benefícios do seguro desde que a solicitação seja feita diretamente pelo doente ou por seus responsáveis ou, ainda, pela pessoa beneficiária do seguro devida ou acidentada em caso de falecimento do assistido (Resolução CFM n.º 1.076/81).

Contudo, por constituir sigilo profissional, o conteúdo dos registros clínicos não pode ser usado, sem consentimento do paciente, como instrumento de cobranças de convênios (parecer do CFM n.º 26/1996). Também viola a ética médica a entrega de prontuário de paciente internado à companhia seguradora responsável pelo reembolso de despesas (Ruy Rosado de Aguiar, DJ, 29/6/1998, p. 00206; RSTJ, vol. 00112, p. 224). Entretanto, a cessão de cópias das folhas de prescrição, que não possibilitem a revelação do diagnóstico e de outros dados sujeitos ao sigilo profissional é admissível. É oportuno lembrar que cada prestadora de serviços médicos deve ter um responsável técnico reconhecido pelo Conselho Regional de Medicina a responder por documentos recebidos em razão de convênios e sujeitos ao sigilo profissional (artigo 108 do Código de Ética Médica).

**REQUERIMENTO POR PROCURAÇÃO.** Para fornecimento de cópia do prontuário ao representante do paciente (representação voluntária, de acordo com o art. 5.º, inciso XXIV, alínea b, da Constituição Federal ou Código Civil, art. 1.288) por meio de ofício civil (procuração), é necessário que esse documento contenha, em cláusula expressa, a concessão de poderes e responsabilidade do paciente para seu representante requerer e receber cópia de seus documentos médicos, e que mencione textualmente “outorgo poder para representar-me, requerer e receber cópia de meus documentos médicos, mantidos sob posse e guarda por esta instituição de assistência médica” (é necessário citar o nome da instituição).

**ENSINO E PESQUISA.** Visando a garantir os benefícios que o prontuário pode oferecer à sociedade, o Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM n.º 1.639/2002, artigo 4.º) estabelece a exigência de sua preservação pelos estabelecimentos de assistência médica. Para o ensino e a pesquisa, o prontuário, como documento autêntico, é fonte de consulta para investigações epidemiológicas de interesse científico. Obedecidas as normas éticas vigentes, considera-se que o prontuário pode ser liberado para consultas solicitadas por autoridades sanitárias nas dependências do serviço de arquivo.

**PACIENTE IMPOSSIBILITADO.** Em circunstâncias nas quais o paciente, internado ou não, esteja impossibilitado de autorizar a prestação de informações sobre seu estado mórbido, passado ou presente (estado de coma, distúrbios mentais, morte), se estas forem solicitadas por parentes ou representante legal, a juízo médico, poderão ser prestadas sob forma de relatório, elaborado pelo médico assistente. Nesses casos de enfermo impossibilitado de emitir consentimento próprio, quanto maior o número de parentes consentirem, por escrito, no interesse de revelar o sigilo profissional, menor é a possibilidade de o médico sofrer representações desfavoráveis.

**PACIENTE EM ACIDENTE DE TRÂNSITO.** Nesses casos, para cessão de cópia da ficha de atendimento ou prontuário, é necessária a autorização do paciente. "Ninguém pode ser obrigado a depor sobre fatos a cujo respeito, por estado ou profissão deva guardar segredo" (Código Civil, art. 144).

**PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL.** Cabe ao médico respeitar e garantir o direito ao sigilo profissional de todas as pessoas com transtorno mental sob sua responsabilidade profissional. As pessoas com transtorno mental têm direito de acesso às informações concernentes a ela, à sua doença e aos registros pessoais mantidos pelo estabelecimento assistencial. Esse direito poderá estar sujeito a restrições, para evitar danos sérios à saúde do paciente ou risco à segurança de outros (Resolução CFM 1.408/94).

**PACIENTE MENOR.** Diante da possibilidade de que a não-revelação de informações sobre a morbidade do menor possa acarretar danos a este, elas poderão ser prestadas, a juízo médico, sob a forma de parecer, elaborado pelo médico assistente.

**CONSELHO ESTADUAL E MUNICIPAL DE SAÚDE.** É vedado ao diretor clínico da instituição assistencial liberar cópia do prontuário ou de parte dele nesse caso (Parecer CFM n.º 05/1996).

\* \* \*

## Falhas e dúvidas comuns

Não raramente, os registros do prontuário são insuficientes e poucos, incompletos, incompreensíveis, por falta de conscientização do profissional, de orientação, de incentivo, de educação continuada, de fiscalização eficaz. É comum haver lacunas nas anotações da evolução da doença, ausência de hipóteses de diagnose, erros gramaticais, desordem na seqüência das papeletas e das anotações, falta de carimbo, de sinais vitais, sobretudo temperatura, pulso e respiração (TPR). O regimento da instituição assistencial deve conter as atribuições de seus profissionais, assim como sanções para casos de não-cumprimento daquelas sobretudo do que resultarem em eventos danosos. A alegação de falta de tempo não pode sobrepor a necessidade do preenchimento adequado do prontuário. É altamente relevante que o profissional assistente programe tempo adequado para atendimento ético do paciente e, aí, inclua-se o tempo de anotar bem suas observações. Mesmo em caso de atendimentos urgentes, os registros poderão ser realizados com mais elaboração em período posterior a prestação do socorro ao doente.

Com o objetivo de trazer à atenção questões comuns no uso do prontuário e relatar procedimentos legais para evitar ou solucionar complicações, são comentados a seguir alguns tópicos de relevância sobre temas dessa categoria.

**PRESCRIÇÃO SEM EXAME DO PACIENTE.** Possibilita ocorrência de complicações e mesmo óbitos e conseqüentes processos e penalidades judiciais por falta de conhecimento do estado do paciente no momento da prescrição, o qual pode ter agravamentos súbitos ou não esperados. Também a prescrição antecipada ao exame clínico pode constituir comportamento inconveniente pela possibilidade de ocorrências de complicações inesperadas no período em que a avaliação clínica não foi feita. Tal prescrição só será justa em casos de urgência e de comprovável impossibilidade de prévia avaliação médica. O facultativo fará o exame imediatamente depois de cessado o impedimento (Jornal do CRM-DF, abr., 1998). É infração do Código de Ética Médica, artigo 62, prescrever medicações sem examinar o paciente. A antecipação de prescrições relativas ao dia seguinte caracteriza-se como infração. O exame deve ser documentado nas folhas de anamnese ou de evolução da doença. Em auditoria, não anotar pode significar que o médico não fez exames clínicos.

**MÉDICO RESPONSÁVEL.** O diretor clínico do estabelecimento assistencial tomará providências para que todo doente hospitalizado tenha um médico-assistente respon-

sável por ele desde a internação até a alta (Resolução CFM n.º 1.493/98). Aconselha-se que o médico assistente responsável esteja claramente identificado no prontuário e, aí, com ressalvas, é recomendável que seu telefone ou outro meio de pronto contato constem em local facilmente visível.

**AUSÊNCIA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA POR MAIS DE VINTE E QUATRO HORAS.** Pode ser comprovação de má assistência, abandono do doente e causa de complicações e óbito. Pacientes internados devem ter reavaliações, no mínimo, diariamente. A prescrição médica será refeita, após exame do paciente, a cada vinte e quatro horas ou mais freqüentemente se necessário (Jornal do CRM-DF, abr., 1998), como nos casos de gestantes em trabalho de parto, recém-nascidos, pacientes em estado grave. A intensa resposta metabólica dos recém-nascidos operados exige reavaliações pós-operatórias a cada quatro horas (Tubino, 1970, p. 727). Solicitar ao profissional de enfermagem para repetir o que foi prescrito no dia anterior sem examinar o paciente é conduta criticável (v. Código de Ética Médica, artigo 62) e a obediência à tal solicitação dispõe o profissional de enfermagem contra o Parecer Técnico do Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal (COREN-DF) n.º 002/98 e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, artigos 33, 50 e 70 (disponíveis em [www.coren-df.org.br](http://www.coren-df.org.br)).

**PRESCRIÇÃO POR TELEFONE.** Pode configurar negligência. Só aceitável quando o médico-assistente, imediatamente após seu impedimento, examinar o paciente e prescrever a medicação. O profissional de enfermagem anota o medicamento administrado por orientação telefônica (Jornal do CRM-DF, abr., 1998). A hora do telefonema e o nome do médico orientador serão também assinalados.

**MEDICAÇÃO SEM PRESCRIÇÃO.** A falta de prescrição médica e de registro da medicação realizada pode ocasionar, em avaliações subsequentes, desconhecimento da dose, do tempo e da forma de administração dos medicamentos, da própria medicação e de outros dados. Pode impossibilitar reavaliações posteriores por outros profissionais e haver repetição da dose no mesmo dia. A administração de medicamentos e de outros procedimentos terapêuticos só será feita corretamente com prescrição do médico, após o exame direto do paciente, salvo se houver impedimentos justificáveis ou circunstâncias em que não cabesse proceder, como em atendimentos urgentes na iminência de morte. A prescrição será feita depois de cessados os impedimentos (artigo 62, Código de Ética Médica).

Medicação tem sentido próprio de ato ou efeito de medicar. Como sinônimo de medicamento tem trazido ambigüidade e obscuridade nos relatos médicos. Convém evitar equívocos pelo uso adequado dessas palavras.

**ALTERAÇÃO DA PRESCRIÇÃO OU DO TRATAMENTO MÉDICO.** “É vedado ao médico alterar prescrição ou tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável” (Código de Ética Médica, artigo 81). Em caso de discordância entre os médicos responsáveis pelo doente, recomenda-se que constem no prontuário os pareceres conflitantes. Ao médico cuja prescrição prevalecerá será reportada a responsabilidade pertinente. Em casos graves de trocas inadequadas e antiéticas de prescrição, podem ser encaminhadas queixas, por escrito, à comissão de ética médica da instituição. Nem sempre esse preceito pode ser seguido à letra. Por causa justificável, um plantonista, em seu turno, se julgar conveniente, mudará criteriosamente a prescrição de medicamentos realizada pelo médico do plantão anterior. Por este estar fora do plantão, não é prático reclamar seu retorno ao estabelecimento para comunicar e analisar a mudança. Mas cabe escrever, no prontuário, os motivos e as circunstâncias da alteração.

**FALTA DE LAUDOS.** Por norma, documentos como laudos, pareceres e similares permanecerão no prontuário como comprovante de atendimento e para possibilitar reavaliações e pesquisas. É necessário que esses documentos tenham, ao menos, uma via para entregar ao paciente e outra para guardar no prontuário. O paciente precisará deles para seu controle e conhecimento de suas moléstias. Os laudos implicam conclusão diagnóstica, atributo de responsabilidade médica. Compete a esse profissional sua emissão. É ilícito não fornecer ou negar resultados de exames ao paciente ou a seus autorizados responsáveis. Não obstante, é mister esclarecer ao paciente de que estes podem ser inconclusivos. Outrossim, não se darão ao paciente relatos em cujo conteúdo haja sugestões ou suspeitas de diagnóstico desfavoráveis que lhe possam causar danos psicológicos; laudos com diagnósticos estabelecidos que possam causar desconforto psicológico ao paciente serão passados antes aos seus responsáveis (Consulta 0009/98 CRM-DF; artigos 59 e 70 do Código de Ética Médica).

É falta séria retirar documentos do prontuário para diversos fins e não os repor. Nos futuros acompanhamentos do paciente, a ausência dos resultados dos exames complementares no prontuário, como os radiográficos, ecográficos, histopatológicos, endoscópicos, médico-nucleares e outros dificulta ou impossibilita pesquisas e avaliações médicas subsequentes; ocasiona demora do tratamento; pode acarretar repetição de exames, gastos extras e valiosas comparações evolutivas ficam perdidas; torna o prontuário insuficiente como instrumento de defesa; possibilita penalidades judiciais. Impressos e material com registros de laudos não se há de permitir que desapareçam dos prontuários.

O paciente poderá, por direito, levar fotocópia de qualquer parte do seu prontuário inclusive de laudos. Como opção, o médico assistente poderá fazer descrições dos exames e cópia do(s) laudo(s) (se não houver segunda via para guardar no prontuário) com sua identificação (assinatura e carimbo, por exemplo). Em casos de remoção do doente para outros estabelecimentos, justifica-se a cessão de radiografias ao paciente, inclusive as tomográficas, para evitar a repetição do exame radiológico com decorrente submissão a nova carga de raios X e outros transtornos. Acrescenta-se que é irregular negar ao paciente suas radiografias, para arquivá-las na instituição ou para outro fim. Entretanto, a instituição guardará as chapas por até cinco anos se o paciente não as requisitar (lei RJ 3.104/1998). A clínica de radiologia poderá enviá-las ao endereço profissional do médico requisitante e arquivará uma cópia do laudo desses documentos (Consulta CFM n.º 33/1996).

**ATENDIMENTO SEM PRONTUÁRIO.** Atender a um paciente sem elaboração de prontuário transgredir o artigo 69 do Código de Ética Médica e pode criar processo ético profissional com sujeição às punições constantes no artigo 22 da Lei Federal n. 3.268/57, que dispõe sobre os conselhos de medicina (Código de Ética Médica, 1988, p. 40), descarta o prontuário como instrumento de defesa e possibilita penalidades disciplinares e judiciais. Evidentemente, é injustificável deixar de atender um paciente em estado grave ou com iminência de gravidade por falta de prontuário ou ficha de atendimento, que poderão ser elaborados e preenchidos depois do atendimento. Um recém-nascido, internado por motivo de doença depois do parto, terá prontuário próprio. atendimentos sem prontuário ou sem anotações equivale a não-atendimento e a subsequente desfalque de arrecadação financeira em instituições com vínculos a convênios e regimes semelhantes.

Em casos de desvios de prontuário, é necessário recorrer a um sistema de localização, em geral, programado pelo departamento de arquivo. Mas não se deixará o doente sem atendimento por esse motivo. Se o prontuário não for localizado, é de bom procedimento fazer as anotações em folhas avulsas com o número de registro do paciente e seus demais dados de identificação ali anotados e encaminhá-las ao arquivo, que as juntará ao prontuário quando este for recuperado. A perda dessas folhas será reportada à competência do responsável técnico da instituição. Convém, pois, que todos os atendimentos sejam paralelamente registrados (nome do doente e seu número de prontuário ou de registro) em formulários próprios, fornecidos pelo serviço de prontuário do estabelecimento assistencial.

**FALTA DE CARIMBO.** Não existe dispositivo legal que determine a obrigatoriedade de uso do carimbo em documentos emitidos pelos médicos (pareceres às consultas 008/98, 012/00 e 054/00, CRM-DF). Há, contudo, essa determinação em algumas instituições por normas essencialmente administrativas. Mas, à sua assinatura sem carimbo, é necessário que o médico acrescente a sigla do respectivo órgão normativo de classe e o número da sua inscrição neste órgão. Constar, aí, a especialidade do agente profissional da qual este possua título de especialista, não é obrigatório (Consulta 054/00, CRM-DF), mas é recomendável. É aconselhável, também, a assinatura que possa ser reconhecida em cartório de registro de firmas ou pelo conselho regional de classe. Esse detalhe, porém, não é obrigatório, pois, de acordo com o novo Código Civil, de 11 de janeiro de 2003, fica “dispensada autenticação de documentos”, mas, como há um adendo – “exceto se houver contestação de sua autenticidade” –, convém que o médico use assinatura devidamente registrada, acompanhada do número de sua inscrição no conselho.

De fato, a falta de carimbo não pode anular a atuação profissional do médico. Todavia, seu uso é recomendado por ser costume consagrado em grande número de instituições no âmbito nacional e traz vantagem de deixar claro o nome do profissional, sua especialidade (se tiver), seu número de inscrição no conselho de classe.

Como se depreende do exposto, a falta de carimbo pode dificultar a identificação do médico e possibilita punições se estiver incluída como infração em normas regimentais. Ademais, o uso desse dispositivo pode não evitar, mas pode dificultar fraudes. Deve-se evitar carimbo com letras quase apagadas por insuficiência de tinta.

Cabe, finalmente, acrescentar que é antiético constar especialidade no carimbo sem que o médico tenha documento comprovante ou título de sua especialização registrado no Conselho de Classe (Resolução CFM 1.701/03). Nesse particular, mesmo a simples indicação da área de atuação (cirurgia geral, endocrinologia, pediatria) pode ser interpretada como anúncio indevido de especialidade, tendo por isso o mesmo valor de anúncio indevido (Processo-Consulta 1.026/97-CFM; CRM-DF Consultas I, p. 86). Não sendo especialista registrado, o profissional fará constar, em seu carimbo, apenas MÉDICO, como qualificação legal, e outras situações regulares para constar clara identificação. Por exemplo: médico-residente ortopedia, médico-estagiário cardiologia.

**RELATO DE LESÕES SUGESTIVAS DE MAUS-TRATOS OU DE ESTUPRO.** Dispõe o artigo 66 da Lei de Contravenções Penais, que é infração à lei deixar o médico de comunicar à autoridade competente crime de ação pública de que teve conhecimento no exercício da medicina ou de outra profissão sanitária, desde que a ação penal não exponha o cliente a processo criminal. Desse modo, é mister o médico anotar no prontuário que a autoridade foi notificada e preencher formulário fornecido pelo Ministério da Saúde. O sigilo profissional deve ser revelado quando se tratar de menores, nos casos de sevícia, castigos corporais, atentados ao pudor (artigo 38 do Código de Ética Médica). O artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece a obrigatoriedade de comunicação ao Conselho Tutelar em casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos em menores.

Conforme o artigo 103 do Código de Ética Médica, o sigilo profissional correlato à criança pode ser revelado aos pais ou aos responsáveis legais se o menor não tiver capacidade de avaliar e solucionar seus problemas. Daí, o médico deve relatar detalhadamente o caso no prontuário e comunicar o fato a autoridades competentes (Bittar, 1980).

**RELATO DE ABANDONO OU RECUSA DE TRATAMENTO.** Serão detalhadamente exarados, no prontuário, circunstâncias e motivos pelos quais o ato médico deixou de ser feito. Convém que o doente ou seu responsável, relate por escrito, no prontuário, sua decisão e seus motivos de recusa, seguidos de sua assinatura (a que consta de sua carteira de identidade), assim como a de testemunhas. É vedado ao facultativo infligir qualquer procedimento a indivíduos que o recusem, mesmo que se trate de menores, a menos que haja fundamentos técnicos como iminente risco de morte (artigo 146, § 3.º, I, Código Penal). Nesses casos, é aconselhável providenciar autorização judicial antes do procedimento, exceto em casos de extrema urgência. Reter forçosamente o paciente, mesmo com distúrbios psiquiátricos, pode configurar crime de cárcere privado (artigo 148, Código Penal). Nesse último caso, para internação de pacientes com transtornos mentais trazidos à internação contra a vontade destes, é necessária autorização judiciária mediante pertinente requisição de internação àquela autoridade, feita em papeleta adequada, cuja cópia permanecerá no prontuário.

É essencial que as instituições assistenciais tenham formulário ou termo de retirada de paciente, recomendável na seguinte forma: Certifico que me retirei (ou: que

retireio paciente) (espaço para o nome), número de registro (espaço) desta instituição (hospital, clínica), contra o parecer dos médicos e que fui devidamente esclarecido(a) sobre os riscos de (espaço para citação dos riscos). Assumo total responsabilidade por minha atitude. Nome legível e assinatura do responsável, número de sua carteira de identidade, órgão expedidor desta, unidade da Federação em que foi expedida, endereço completo, telefone, assinatura de testemunhas, local e data. Tais medidas visam a evitar caracterização do ato de abandono como omissão de socorro.

Nos casos de evasão sem aviso, deve ser feita anotação minuciosa sobre o evento no prontuário e comunicação imediata ao administrador da instituição ou a quem possa representar, particularmente em casos cujas lesões sugiram procedência criminosa. A instituição deve dispor de meios impedientes de evasões, seqüestros de pacientes, fuga de prisioneiros ou de doentes com lesões sugestivas de contravenções criminosas e eventos similares. Tendo em vista tal responsabilidade institucional, a autoridade policial deve ser notificada, para localização do paciente que se evadiu, quando for possível, como objetivo de obter-lhe declaração de desistência assistencial, por possibilidade de conseqüente queixa de omissão de socorro médico.

**TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES.** As remoções de pacientes para outro médico, para outra clínica da própria instituição ou para outro hospital serão feitas com relatório completo, legível e assinado com o registro no CRM do médico emissor, que também deve ser assinada pelo médico receptor (Resolução CFM n.º 1.672/2003), a conter resumos da anamnese, exame físico, descrições cirúrgicas, resultado dos exames complementares (sua ausência pode implicar realização de novos), considerações sobre o diagnóstico e relato das condutas terapêuticas efetuadas. Convém que uma cópia desse encaminhamento seja incluída no prontuário. Mesmo que o traslado seja feito para outro estabelecimento da mesma instituição, é indispensável enviar também o prontuário do paciente (Parecer CREMESP, 2713.ª Sessão, de 8.1.02), uma vez que todos os dados necessários farão parte do relatório de remoção. No entanto, essa situação deve ser esclarecida ao paciente, deixando a seu critério a tomada de decisão.

Pelo artigo 71 do Código de Ética Médica, é vedado ao terapeuta “deixar de fornecer laudo médico ao paciente quando do encaminhamento ou da remoção para fins ou continuidade do tratamento, ou na alta, se solicitado”. O item 17.18 do Regimento e Normas de Fiscalização do CRM-DF (2001, p. 30) institui que a guia de transferência e o relatório médico que acompanham paciente removido de outra instituição farão parte obrigatória do prontuário. Além disso, é imprescindível que o paciente concorde

com sua remoção e que o estabelecimento para o qual será transferido seja avisado e também autorize o traslado. O fornecimento de laudos entre profissionais médicos só se fará em benefício do paciente, ou seja, para obtenção de pareceres, diagnóstico ou tratamento (Parecer CFM 249/96; Parecer CREMERJ 118/02). Todas essas providências serão anotadas no prontuário. Nos casos de retorno do paciente ao hospital ou à clínica de origem, é fundamental que a resposta aos pareceres ou procedimentos solicitados esteja registrada no prontuário. É criticável o envio de relatórios de transferência de apenas duas ou três linhas, com dados incompletos. É conveniente relatar o registro clínico do paciente em formulário próprio que contenha os itens a serem preenchidos pelo médico que solicita a remoção.

O relatório de transladação conterá data e hora em que este foi feito, registro satisfatório da anamnese, exame clínico, hipóteses de diagnóstico, procedimentos importantes realizados, resultados de exames complementares (cópias dos laudos permanecerão no prontuário, e este será arquivado no estabelecimento de procedência), razões da transferência, identificação (assinatura e carimbo) do médico assistente. De ordinário, evita-se a retenção de chapas ou originais (ecografias) dos exames de imagem, que ocasionaria mais gastos e submissão do paciente aos mesmos exames desnecessariamente e a maior carga de raios X.

Um relato completo, em que constem, especialmente, data e registro cronológico do atendimento na instituição de origem, justificará o envio com urgência de paciente em avançadas horas da madrugada e evitará ressentimentos que por vezes afetam plantonistas que atendem nesses horários.

É vedado ao médico deixar de encaminhar de volta ao médico assistente o enfermo que lhe foi encaminhado, devendo, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações (Código de Ética Médica, art. 82), a menos que o retorno seja prejudicial à assistência adequada ao assistido. Contudo, é imperioso que informes confidenciais (psiquiátricos, por exemplo) sejam mantidos em sigilo (Código de Ética Médica, art. 11), mesmo para outro médico. Além disso, é indispensável que o retorno tenha concordância do paciente ou de sua família e do médico do serviço acolhedor.

**USO DE IMPRESSOS PARA RASCUNHOS.** É motivo de expressivas perdas de material impresso, sobretudo se avaliarmos tais perdas em períodos de anos. Folhas para uso no prontuário e para outras finalidades próprias são por vezes utilizadas para limpar superfícies, testar canetas, fazer rascunhos freqüentemente estranhos a assuntos médicos, cálculos matemáticos, avisos,

bilhetes, plantas de construções, apontamentos e apresentações, anotações de telefones, rabiscos ou desenhos de variada natureza. É recomendado que o profissional traga, em sua maleta, ou tenha, na escrivaninha do consultório, um bloco de anotações para esse fim. A falta de orientação e de reclames favorece esse modo de consumo de impressos.

**AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO.** É insuficiente uma autorização de conteúdo vago, genérico, assinada pelo paciente. Não é bastante a formulação, por exemplo: “Autorizo o corpo clínico do hospital (nome) realizar procedimentos necessários para diagnóstico e tratamento do paciente (nome e registro e assinatura)” ou “Em caso de óbito autorizo o hospital (nome) tomar providências pertinentes”. Qualquer consentimento que tenha o paciente, seu responsável ou seu representante legal de assinar para se submeter a qualquer tratamento, clínico ou cirúrgico, deve conter detalhes pertinentes aos procedimentos necessários e ser escrito em linguagem compreensível para o doente. É impróprio o uso do jargão médico e de termos técnicos popularmente desconhecidos. Aí, serão explicados os riscos, as complicações, as opções terapêuticas, se há garantias de bom êxito. É o consentimento pós-informado ou, mais simplesmente, consentimento informado ou, ainda, termo de consentimento livre e esclarecido (melhor expressão). A Comissão Nacional de Ensino e Pesquisa usa oficialmente a expressão consentimento livre e esclarecido, aplicada a pesquisas em indivíduos humanos. Para casos de pacientes, por analogia, seria expressão mais desenvolvida: termo de CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PACIENTE INFORMADO. Podem-se omitir riscos de complicações muito raras com o objetivo de não angustiar o paciente.

A assinatura deve ser feita após a explicação oral e o termo lido em voz alta, sobretudo se o paciente for analfabeto. O estado psíquico do enfermo deve ser considerado. Em casos de urgência com atendimento em ambiente agitado, em que o paciente estiver emocionalmente instável, por exemplo, tal consentimento poderá ser inválido. De acordo com parecer do Conselho Federal de Medicina (Arquivos, 2001), em linhas gerais, o documento deve conter:

- (1) identificação do paciente ou de seu responsável;
- (2) nome do procedimento;
- (3) descrição, termos leigos e claros, da técnica cirúrgica programada ou do tratamento clínico programado;

- (4) relato dos possíveis insucessos;
- (5) riscos e complicações pós-operatórias em caso de operações cirúrgicas;
- (6) descrição da anestesia;
- (7) destino da peça operatória;
- (8) explicação quanto à possibilidade de mudança de conduta durante o procedimento;
- (9) declaração de que as explicações foram efetivamente entendidas;
- (10) confirmação de autorização, com local e data da intervenção cirúrgica;
- (11) modelo para revogação da cirurgia;
- (12) assinatura de duas testemunhas com seus dados de identificação, uma delas, preferencialmente, parente ou amigo do paciente; para alguns procedimentos mais arriscados, quatro testemunhas.

É preciso considerar que a relação médico-paciente deve ser de SOLIDARIEDADE e CONFIANÇA, não burocrática e jurídica. Esse procedimento não deve ter caráter de coação, ameaça, manipulação ou falsas informações. Cada caso merece abordagem personalizada e específica; esses documentos podem causar aumento de ANSIEDADE no paciente, o que pode interferir nos resultados esperados. Importa acrescentar que a consecução desse instrumento não absolverá o médico das complicações e não o isentará de sofrer processos judiciais.

**DECLARAÇÃO DE ÓBITO SEM ASSISTÊNCIA MÉDICA PRÉVIA.** Se o médico for plantonista, médico substituto ou patologista responsável pela necropsia e tiver acesso ao prontuário do paciente morto, não poderá se esquivar de fornecer a declaração de óbito por alegação de desconhecimento do motivo ou dos detalhes da morte (Código de Ética Médica, art. 114). Excetuam-se os casos de morte por violência, mesmo que seja por complicação tardia do trauma. Nesse caso, encaminhar-se-á o caso à verificação médico-legal. A causa de morte não deve ser registrada com siglas, abreviaturas, nem código da Classificação Internacional de Doenças.

Cumpra acrescentar que o artigo 72 do Código de Ética Médica proíbe emissão de atestado de óbito pelos médicos incumbidos de captação de órgãos para doações (v. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, p. 72).

**ATESTADO MÉDICO.** Por motivo de segurança, é de bom senso o médico anotar no prontuário dados sobre os atestados que emitiu, incluindo-se as datas a que correspondem os períodos de licença prescritos e as razões pelas quais foi cedido o atestado, como, por exemplo, a orientação de repouso por determinado tempo e conseqüente afastamento de atividades laborais. É oportuno também anotar que, por necessidade de assistir o doente, também foi emitido atestado de comparecimento a alguém (um parente, um responsável, um acompanhante) que permaneceu com o assistido durante seu período de tratamento.

Conceder atestado é um ato médico e, como tal é preciso anotar seus dados no prontuário como parte do atendimento. Fornecer atestados sem realização dos exames médicos de praxe e sem que sejam feitos seus registros clínicos, pode caracterizar ação antiética. Diante de um atestado de saúde, por exemplo, presume-se que foi feito depois de um exame médico satisfatório e este haverá de estar anotado em prontuário.

**LICENÇA MÉDICA.** É indevido permitir que o paciente se ausente do hospital em regime de licença médica e assim ficar registrado no prontuário. É procedimento regular dar alta ao paciente e reinterná-lo se necessário. Os cuidados hospitalares pelo paciente internado poderão ser prejudicados pela dificuldade ou impossibilidade de controle do enfermo ausente. Se este pode ausentar-se do hospital, presume-se que os cuidados hospitalares sejam prescindíveis.

**MEDICINA “ALTERNATIVA”.** Expressão imprópria. Alternativo significa referente a duas opções mutuamente excludentes (ou isso ou aquilo). Desse modo, não poderiam existir duas medicinas. “A medicina é única e NUNCA alternativa” (Paraná, 2005). Pode-se dizer procedimentos não-médicos. A Resolução CFM n.º 1.499/98 veda aos médicos a utilização de métodos e práticas terapêuticas não reconhecidas pela comunidade científica. Mas, é recomendável registrar na papeleta o uso de tratamentos não-convencionais usados por conta própria pelo paciente, como chás, aplicações de emplastos, linimentos, óleos, óleos ungidos, emulsões, folhas vegetais de uso tópico, preparados caseiros, suplementos vitamínicos, preces, rituais religiosos, amuletos, assim

como acupuntura, homeopatia, hipnose, reflexologia e outros recursos adjuvantes, cujos registros poderão ser úteis no controle do estado do doente e em pesquisas sobre o tema. Em caso de proibição médica de algum uso danoso ao tratamento prescrito, suas razões devem ser anotadas e acrescidas de que o paciente fora notificado.

**TROCA DE RECEITA.** É necessário observar as normas apropriadas para a consecução desse ato. Frequentemente, ao médico é solicitado que copie receita de outro médico com explicação de ausência ou de impossibilidade de o paciente encontrá-lo para emitir nova receita. O médico solicitado, com o desígnio de colaborar, faz uma cópia da prescrição em outro receituário. Em seguida, o assina, carimba e o entrega ao doente, que se vai atendido com o documento solicitado. Com esse ato, no entanto, o profissional procedeu inadequadamente em referência ao paciente e infringiu normas éticas. O mesmo se dá quando o médico solicita ou assina exames complementares por solicitação em caráter de favor, fora do sistema normal de atendimento médico. Prescrever medicamentos ou solicitar exames caracterizam atendimento médico e este deve ser registrado no prontuário cuja elaboração é obrigatória para todos os pacientes (art. 69 do Código de Ética Médica).

**PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA.** É indispensável que pacientes admitidos com parada cardiorrespiratória sejam registrados, manobras de reanimação sejam efetuadas, tendo em vista a recuperação do doente, ou a possibilidade de que sejam potenciais doadores de órgãos. O momento da morte da pessoa é o momento da morte encefálica (Lei n.º 9.437, de 4/2/97, art. 3.º) e esta deve ser documentada. A Resolução CFM n.º 1.480/97 traz os critérios para a caracterização da parada total irreversível das funções encefálicas em indivíduos com mais de dois anos de idade. Para desligar aparelhos de sustentação vital em pacientes com morte encefálica, é necessário o consentimento de seus responsáveis legais (Jornal do CRM-DF, ano XXII, n.º 50, jan./2000) por escrito e assinado por estes. Uma cópia da autorização deve ficar no prontuário. A existência de desaprovação mesmo de um só membro da família pode ser causa de conseqüente processo judicial contra o médico responsável pelo procedimento de desativação.

**PACIENTE HOSTIL.** Alterações entre pacientes e médicos são motivos comuns de queixas, sindicâncias e processos ético-profissionais no âmbito dos conselhos regionais de medicina. Frequentemente, o médico surpreende-se com a comunicação da existência de reclamações dessa natureza contra ele no conselho regional. Em casos de paciente hostil que impossibilite manter viável a relação médico-paciente,

o facultativo deve escrever no prontuário, com o máximo possível de detalhes, sobre o incidente, com citação e identificação de testemunhas.

É recomendável que o facultativo, como **PROFISSIONAL**, estude, conheça e aplique sistematicamente métodos para conter as hostilidades de seus doentes, ou de membros da sua família, no mais das vezes causadas pelos receios que lhes causam suas doenças ou mesmo a própria morte. É preciso que essa habilidade constitua hábito **CULTURAL** e fator de proficiência médica. O paciente pode não conhecer psicologia da relação médico-paciente. Essa é uma atribuição do médico.

**ACADÊMICOS DE MEDICINA.** Os estudantes de medicina, assim como os de outras áreas que prestem assistência ao doente, devem receber adequadamente instruções sobre a elaboração do prontuário como parte de seu treinamento sob permanente supervisão de seu orientador, e estão logo tenham contato com o enfermo. Não devem assinar anotações sem a supervisão do médico que os orienta. É altamente recomendável que o médico orientador também assine as anotações feitas no prontuário por estudantes como comprovação de sua assistência prestada ao doente e ao estudante, o que lhe será fundamental em casos de pendências judiciais e éticas. É ilícito que estudantes prescrevam elementos terapêuticos, o que seria prática ilegal da medicina. As prescrições serão assinadas por médicos.

Devemos acadêmicos guardar segredo sobre fatos que tenham conhecido, ouvido ou deduzido em suas atividades junto ao enfermo, o que inclui zelar pelo uso adequado do prontuário como patrimônio moral e material das instituições onde desempenham suas atividades, conforme estabelece o Código de Ética do Estudante de Medicina (artigos 15, 36, 37) e não poderão facilitar a pessoas não obrigadas ao sigilo manusear ou conhecer o conteúdo das anotações e dos laudos contidos no prontuário (artigo 39 do retrocitado Código).

**TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS.** Deverá constar no prontuário o resultado dos exames comprobatórios da morte encefálica (Lei n.º 9434/97, seção III, artigo 25, inciso I). Os prontuários com esses dados serão mantidos por cinco anos na instituição em que o procedimento foi efetuado (idem, ibidem, artigo 26). Vencido esse prazo, o prontuário pode ser confiado à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, do Estado em que a instituição estiver sediada (id., ib. artigo 26, parágrafo único). Para desligar aparelhos de sustentação vital é imperioso o consentimento de seus responsáveis (v. parada cardiorrespiratória, p. 71).

Cumpra acrescentar que o artigo 72 do Código de Ética Médica proíbe emissão de atestado de óbito pelos médicos incumbidos de captação de órgãos para doações (transplantes).

**RECEITAS MÉDICAS.** Elaborar receitas médicas é um ato médico e, assim é recomendável que seu teor seja transcrito no prontuário ou aí constar sua cópia carbonada ou recurso equivalente. Esse procedimento permitirá melhor controle no seguimento do paciente além de constituir elemento documental do ato.

**RELATÓRIOS MÉDICOS.** É necessário que, nesse documento, constem de modo sumário o histórico da assistência prestada, isto é, os registros de praxe de anamnese, exame clínico, ou cirúrgicos se houver, e de exames complementares que transmitam comunicação satisfatória e consistente sobre o estado mórbido do paciente. Relatório médico em que constem duas ou três linhas podem ser falhos por não transmitir adequadamente a situação mórbida do paciente e o que foi realizado como seu atendimento médico.

**FATURAMENTO E CONTABILIDADE.** A cobrança de gastos com o paciente depende de dados corretamente assinalados no prontuário. São cobráveis os procedimentos realizados por médicos (exames laboratoriais, anatomopatológicos, imaginológicos, médico-nucleares, endoscópicos; operações, radioquimioterapia e outros), odontólogos e profissionais não-médicos (nutricionista, assistente social, psicólogo, ortopista e outros). A falta de registro dos procedimentos no prontuário pode ocasionar despesas não cobradas. A falta de registro com descrição cirúrgica pode motivar glosa do pagamento referente a operações. Atender um paciente sem anotar a consulta no prontuário significa perda de recursos, porque tal consulta poderá não ser faturada para cobrança em relação a entidades convenientes.

O relatório de necropsia no prontuário é importante para cobranças, assim como os relatórios de atendimento pelos profissionais não-médicos. Por motivos variados, não é comum esses relatórios estarem no prontuário. O serviço de estatística fornece dados para cobrança das despesas com o paciente e esse serviço tem por base os registros do prontuário.

Pelo exposto, o insuficiente preenchimento do prontuário ocasiona perdas financeiras para a instituição assistencial que se avolumarão consideravelmente se forem mantidas em períodos de anos.

## Modelo de avaliação de prontuários\*

Registro de elementos presentes, ausentes, irregulares e não aplicáveis.

<b>1. PRONTUÁRIO E CAPA</b>					
ITENS	Presente	Ausente	IRREGULAR	NÃO APLICÁVEL	OBSERVAÇÕES
<b>Nome do paciente</b>		<b>7</b>	<b>3*</b>		<b>*Escritos a tinta.</b>
Número de registro	7		3*		*Escritos a tinta.
Folhas presas	7		3*		*Algumas folhas soltas.
Bom estado de conservação	6	4			
<b>Folhas ordenadas</b>		<b>10</b>			
<b>AVALIAÇÕES: 50</b>	20	21	9		IRREGULARIDADES: 30 (60%)

<b>2. FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO</b>					
ITENS	PRESENTE	AUSENTE	IRREGULAR	NÃO APLICÁVEL	OBSERVAÇÕES
Nome do paciente	10				
Local de nascimento	8		2*		*Apenas nome do estado.
Data de nascimento	10				
Sexo	10				
Estado civil	9	1			
Número de registro	10				
<b>Procedência</b>	<b>5</b>	<b>5</b>			
Nome dos pais	10				
Nome do cônjuge	1	5		4*	*Solteiros.
Profissão		10			
<b>Pessoa responsável</b>		<b>10</b>			
Endereço	10				
Telefones	8*	2			*Apenas um número de telefone.
<b>AVALIAÇÕES: 130</b>	91	33	2	4	IRREGULARIDADES: 35 (26,92%)

<b>3. FORMULÁRIO DE INTERNAÇÃO (ADMISSÃO)</b>					
ITENS	PRESENTES	AUSENTES	IRREGULARES	NÃO APLICÁVEIS	OBSERVAÇÕES
Nome da clínica	6	4			
Diagnóstico(s) provisório(s)	7	2	1*		*Irregular por constar em sigla.
CID	1	9			
Data da internação	9	1			
Assinatura do médico	7	3			
Carimbo ou CRM do médico	6	4			
<b>Autorização para procedimentos médicos</b>	<b>1</b>	<b>9</b>			
<b>AVALIAÇÕES: 70</b>	37	32	1		IRREGULARIDADES: 33 (47,14%)

\*Dados obtidos para avaliação de dez prontuários, colhidos aleatoriamente em uma instituição médica. Em negrito, dados de relevância ausentes

4. FORMULÁRIO DE ANAMNESE E EXAME FÍSICO					
ITENS	PRESENTE	AUSENTE	IRREGULAR	NÃO APLICÁVEL	OBSERVAÇÕES
Cabeçalho completo	3	2	5*	-	*Incompleto.
Informante		10			
Grau de informação do informante		10			
Queixa principal	4	6			
História da doença atual	8	2			
Interrogatório sobre cabeça	2	8			
Interrogatório sistema cardiovascular	3	7			
Sistema digestório	2	8			
Aparelho geniturinário	1	9			
Sistema tegumentar		10			
Sist nervoso, condições psíquicas	2	8			
Sistema musculoesquelético	2	8			
Sistema articular	2	8			
Aparelho visual	1	9			
Aparelho auditivo		10			
Tratamentos anteriores	4	6*			*Sem relato.
Antecedentes pessoais	5	5			
Antecedentes familiares		10			
Tabagismo	3	7			
Alcoolismo	2	8			
<b>Condições sociais e de moradia</b>		<b>10</b>			
<b>EXAME FÍSICO</b>					
Estado geral	6	4			
Dados vitais*	7	3			*Pulso, resp., temp., press. sang.
Mucosas*	3	7			*Cor, hidratação.
Pele*	2	8			*Turgor, elasticidade.
<b>Peso do paciente</b>	<b>1</b>	<b>9</b>			
Estatura do paciente		10			
Gânglios		10			
Cabeça*		10			*Crânio, face, fundo de olho, dentes, olhos, orelhas externas
Pescoço*	1	9			*Tireóide, jugulares.
Exame pulmonar*	8	2			*Ausculta.
Ausculta cardíaca, icto.	8	2			
Exame abdominal*	8	2			*Inspeção, palpação, ausculta.
Exame de mamas		6		4*	*Sexo masculino.
Toque anorretal e vaginal				10	
Genitália externa		10			
Coluna vertebral		10			
Membros (mãos, pés)	6	4			
Articulações		10			
Sist nervoso (consciência, motilidade)	2	8			
Sistma nervoso (reflexos*)		10			*Aquileu, patelar, bicipital.
Hipóteses de diagnóstico	6	4			
<b>Exames complementares</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3*</b>		<b>*Ausência de exames essenciais.</b>
Pareceres solicitados		10			
Data do atendimento	8	2			
Hora do atendimento	5	5			
Conduta	6	4			
Assinatura do médico	9	1			
Carimbo ou CRM do médico	7	3			
Legibilidade	9	1			
<b>AVALIAÇÕES: 500</b>	<b>149</b>	<b>329</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>IRREGULARIDADES: 337 (67,4%)</b>

<b>5. FOLHAS DE EVOLUÇÃO DA DOENÇA</b>					
ITENS	PRESENTE	AUSENTE	IRREGULAR	NÃO APLICÁVEL	OBSERVAÇÕES
Cabeçalho	1		9*		*Incompletos.
Freqüência das anotações*	10				*No mínimo, cada 24 horas.
Data das anotações*	10				*No mínimo, cada 24 horas.
Anotação de queixas	7		3*		*Não relativas à doença principal.
Dados vitais	6	3	1*		*Incompletos.
Exame sumário de sist. e aparelhos	4		6*		*Insuficiente.
<b>Exame relativo à doença principal</b>	<b>2</b>		<b>8*</b>		<b>*Insuficiente.</b>
Condutas	7	3			
Resumo de alta	1	7	2*		*Escrito em folha de receituário.
Legibilidade	9	1			
Assinatura do médico	10				
Carimbo ou CRM do médico	8	2			
<b>AVALIAÇÕES: 120</b>	<b>75</b>	<b>16</b>	<b>28</b>		<b>IRREGULARIDADES: 45 (37,5%)</b>

<b>6. FOLHAS DE PEDIDOS DE PARECER</b>					
ITENS	PRESENTE	AUSENTE	IRREGULAR	NÃO APLICÁVEL	OBSERVAÇÕES
Cabeçalho*	1	4	5**		*Nome legível, data nasc., clínica, registro. **Incompletos.
Hora do pedido				10*	*Não houve urgência.
Hora da resposta				10*	*Não houve urgência.
Legibilidade	10				
Assinatura do médico solicitante*	10				*Com carimbo ou CRM.
Assinatura do médico consultado*	10				*Com carimbo ou CRM.
<b>AVALIAÇÕES: 60</b>	<b>31</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>20</b>	<b>IRREGULARIDADES: 9 (15%)</b>

<b>7. LAUDOS DE EXAMES COMPLEMENTARES</b>					
ITENS	PRESENTE	AUSENTE	IRREGULAR	NÃO APLICÁVEL	OBSERVAÇÕES
<b>Correspondentes aos solicitados</b>	<b>5</b>		<b>5*</b>		<b>*Faltam exames importantes.</b>
Assinatura do médico que fez o exame	9		1*		*Sem carimbo ou número de registro no CRM.
Exames que comprovam o diagnóstico principal	8	2			
<b>AVALIAÇÕES: 30</b>	<b>22</b>	<b>2</b>	<b>6</b>		<b>IRREGULARIDADES: 8 (26,66%)</b>

**8. RELATÓRIOS DE QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA**

ITENS	PRESENTE	AUSENTE	IRREGULAR	NÃO APLICÁVEL	OBSERVAÇÕES
Descrição detalhada do programa			1*	9**	*Incompleto.**Doenças não cancerosas.
AVALIAÇÕES: 10			1	9	IRREGULARIDADES: 1 (10%)

**9. FOLHAS DE PRESCRIÇÕES**

ITENS	PRESENTE	AUSENTE	IRREGULAR	NÃO APLICÁVEL	OBSERVAÇÕES
Cabeçalho completo	4		6*		*Incompleto.
Diagnóstico ou hipótese		10			
Data	10				
Hora	1	9			
Numeração dos itens	9	1			
Frequência (no mínimo, cada 24 horas).	9		1**		* Ausente em dois dias (não consecutivos).
Legibilidade	10				
<b>Coluna de horário de medicação com visto da enfermagem</b>	<b>3</b>		<b>7*</b>		<b>*Com um ou mais casos de "SOS" sem horário e visto anotados.</b>
Assinatura do médico	8		2*		*Sem carimbo ou CRM.
AVALIAÇÕES: 90	54	20	16		IRREGULARIDADES: 36 (40%)

**10. RELATÓRIO DE ENFERMAGEM**

ITENS	PRESENTE	AUSENTE	IRREGULAR	NÃO APLICÁVEL	OBSERVAÇÕES
Anotações por período*	10				*No mínimo, a cada seis horas.
Registro de dados vitais (pulso, freq. resp., pres. sang., temp.)	9		1*		*Incompleto.
<b>Peso do paciente</b>	<b>1</b>	<b>9</b>			
Eliminações (fezes e urina)	8		2*		*Sem características da excreta na maioria dos relatos.
Ocorrências mórbidas	7		3*		*Anotações vagas de ocorrências mais importantes.
Procedimentos (curativos, irrigações, troca de coletores)	3	2		5	
Legibilidade	10				
<b>Assinatura</b>	<b>6</b>		<b>4*</b>		<b>*Ausente em algumas anotações.</b>
Avaliações: 80	54	11	10	5	Irregularidades: 21 (26,25%)

11. RELATÓRIOS DE PROFISSIONAIS NÃO-MÉDICOS					
Itens	Presente	Ausente	Irregular	Não aplicável	Observações
Odontologista Assistente social Nutricionista Pedagogia Psicologia Fisioterapeuta	1*	9			*Relato sumário de fisioterapia em paciente internado na UTI.
Avaliações: 10	1	9			Irregularidades: 9 (90%)

12. FORMULÁRIO OU BOLETIM DE ALTA					
ITENS	PRESENTE	AUSENTE	IRREGULAR	NÃO APLICÁVEL	OBSERVAÇÕES
Diagnóstico principal	6		4*		*Siglas.
Código da CID	3	7			
Diagnóstico(s) secundário(s)	2	3	4*	1**	*Siglas. **Sem outras doenças.
Código da CID	3	6		1*	*Ausência de outras doenças.
Procedimentos médico realizados		8	2*		*Relatos incompletos.
Condições do paciente *	10				*Curado, melhorado, inalterado.
Sumário da história da doença	4	3	3*		*Dados importantes ausentes.
Relação de exames realizados	2	1	7*		*Incompleta.
Medicamentos principais	4	4	2*		*Incompleto.
Procedimentos especiais (nut. parenteral, diálises, quimioterapia etc.).	1	5	1*	3	*Anotação incompleta.
Programação de seguimento médico	6	4			
Data de alta	10				
Assinatura do médico	8	2			
Carimbo ou CRM do médico	8	2			
Averiguações: 140	67	45	23	5	Irregularidades: 68 (48,57%)

TOTAL DE ITENS AVERIGUADOS	ITENS REGULARES	ITENS IRREGULARES	TAXA GLOBAL DE IRREGULARIDADES
1.270	601	632	49,76%

### OBSERVAÇÕES

No modelo da folha de prescrição, não há local para assinalar idade e diagnóstico do paciente.

Nas anotações de medicação, em lugar de SOS, deve-se escrever a hora em que foi feita a medicação e assinar em seguida.

Nas anotações de enfermagem, deve-se informar o número e as características da eliminações em lugar de "Relata diurese e evacuações". Assinar também após as anotações dos dados vitais.

## Leis e normas referentes ao prontuário

### DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Art. 4.º. – Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão.

Art. 11. – O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo caso se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade.

Art. 13. – O médico deve denunciar às autoridades competentes quaisquer formas de poluição ou deterioração do meio ambiente, prejudiciais à saúde e à vida.

Art. 14. – O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

Art. 17. – O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Art. 19. – O médico deve ter, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão de Ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 22. – Apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

Art. 23. – Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente.

Art. 24. – Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não remunerar condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 27. – Dedicar ao paciente, quando trabalhar com relação de emprego, o tempo que sua experiência e capacidade profissional recomendarem para o desempenho de sua atividade, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas prejudique o paciente.

Art. 29. – Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

Art. 39. – Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 44. – Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

Art. 45. – Deixar de cumprir, sem justificativa, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações, no prazo determinado.

Art. 46. – Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo iminente perigo de vida.

Art. 57. – Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.

Art. 59. – Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta a eles possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Art. 62. – Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente cessado o impedimento.

Art. 69. – Deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente.

Art. 70. – Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.

Art. 71. – Deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento, ou na alta, se solicitado.

Art. 81. – Alterar prescrição ou tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

Art. 83. – Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico do paciente, desde que autorizado por este ou seu responsável legal.

Art. 102. – Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Parágrafo único: permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido; b) quando do depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.

Art. 103. – Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

Art. 104. – Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em programas de rádio, televisão ou cinema, e em artigos, entrevistas ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações leigas.

Art. 105. – Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 106. – Prestar a empresas seguradoras qualquer informação sobre as circunstâncias da morte de paciente seu, além daquelas contidas no próprio atestado de óbito, salvo por expressa autorização do responsável legal ou sucessor.

Art. 107. – Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei.

Art. 108. – Facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.

Art. 135. – Anunciar títulos científicos que não possa comprovar ou especialidade para a qual não esteja qualificado.

\* \* \*

## RESOLUÇÃO CFM n.º 1.605/2000

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o disposto no art. 154 do Código Penal Brasileiro e no art. 66 da Lei das Contravenções Penais;

CONSIDERANDO a força de lei que possuem os artigos 11 e 102 do Código de Ética Médica, que vedam ao médico a revelação de fato de que venha a ter conhecimento em virtude da profissão, salvo justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente;

CONSIDERANDO que o sigilo médico é instituído em favor do paciente, o que encontra suporte na garantia insculpida no art. 5.º, inciso X, da Constituição Federal;

CONSIDERANDO que o “dever legal” se restringe à ocorrência de doenças de comunicação obrigatória, de acordo com o disposto no art. 269 do Código Penal, ou à ocorrência de crime de ação penal pública incondicionada, cuja comunicação não exponha o paciente a procedimento criminal conforme os incisos I e II do art. 66 da Lei de Contravenções Penais;

CONSIDERANDO que a lei penal só obriga a “comunicação”, o que não implica a remessa da ficha ou prontuário médico;

CONSIDERANDO que a ficha ou prontuário médico não inclui apenas o atendimento específico, mas toda a situação médica do paciente, cuja revelação poderia fazer com que o mesmo sonegasse informações, prejudicando seu tratamento;

CONSIDERANDO a freqüente ocorrência de requisições de autoridades judiciais, policiais e do Ministério Público relativamente a prontuários médicos e fichas médicas;

CONSIDERANDO que é ilegal a requisição judicial de documentos médicos quando há outros meios de obtenção da informação necessária como prova;

CONSIDERANDO o parecer CFM n.º 22/2000;

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária de 15.9.00,

RESOLVE:

Art. 1.º. – O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica.

Art. 2.º – Nos casos do art. 269 do Código Penal, onde a comunicação de doença é compulsória, o dever do médico restringe-se exclusivamente a comunicar tal fato à autoridade competente, sendo proibida a remessa do prontuário médico do paciente.

Art. 3.º – Na investigação da hipótese de cometimento de crime o médico está impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a um processo criminal.

Art. 4.º – Se na instrução de processo criminal for requisitada, por autoridade judiciária competente, a apresentação do conteúdo do prontuário ou da ficha médica, o médico disponibilizará os documentos ao perito nomeado pelo juiz, para que neles seja realizada perícia restrita aos fatos em questionamento.

Art. 5.º – Se houver autorização expressa do paciente, tanto na solicitação como em documento diverso, o médico poderá encaminhar a ficha ou prontuário médico diretamente à autoridade requisitante.

Art. 6.º – O médico deverá fornecer cópia da ficha ou do prontuário médico desde que solicitado pelo paciente ou requisitado pelos conselhos Federal ou Regional de Medicina.

Art. 7.º – Para sua defesa judicial, o médico poderá apresentar a ficha ou prontuário médico à autoridade competente, solicitando que a matéria seja mantida em segredo de justiça.

Art. 8.º – Nos casos não previstos nesta resolução e sempre que houver conflito no tocante à remessa ou não dos documentos à autoridade requisitante, o médico deverá consultar o Conselho de Medicina, onde mantém sua inscrição, quanto ao procedimento a ser adotado.

Art. 9.º – Ficam revogadas as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM nº 999/80.

Brasília-DF, 15 de setembro de 2000.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE  
Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA  
Secretário-Geral

## RESOLUÇÃO CFM n.º 1.638/2002

“Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde”.

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 o prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal;

CONSIDERANDO que compete à instituição de saúde e/ou ao médico o dever de guarda do prontuário, e que o mesmo deve estar disponível nos ambulatórios, nas enfermarias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional;

CONSIDERANDO que as instituições de saúde devem garantir supervisão permanente dos prontuários sob sua guarda, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas;

CONSIDERANDO que para o armazenamento e a eliminação de documentos do prontuário devem prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica;

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

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. 1.º. – Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinapse 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. 2.º – Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento.

À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida.

À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

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

Art. 4.º – A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

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

Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP).

Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado.

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.

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.

Nos casos de urgência, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Art. 6.º – A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a

Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Art. 7.º – Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 10 de julho de 2002

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE  
Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA  
Secretário-Geral

\* \* \*

## RESOLUÇÃO CFM n.º 1.639/2002

Aprova as “Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico”, dispõe sobre o modo de guardar os prontuários, estabelece critérios para a 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 n.º 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 n.º 1.638/2002, de 10 de julho de 2002, que define prontuário médico e cria a Comissão de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM n.º 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. 1.º – 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. 2.º – Estabelecer a guarda permanente para os prontuários médicos arquivados eletronicamente em meio óptico ou magnético, e microfilmados.

Art. 3.º – 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 do Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ) nº 7/97, a NBR nº 10.519/88, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), e o Decreto nº 4.073/2002, que regulamenta a Lei de Arquivos – Lei nº 8.159/91).

Art. 4.º – 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. 5.º – 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. 6.º – 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. 7.º – 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. 8.º – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9.º – 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

## NORMAS TÉCNICAS PARA O USO DE SISTEMAS INFORMATIZADOS PARA A GUARDA E MANUSEIO DO PRONTUÁRIO

Integridade da informação e qualidade do serviço. O sistema de informações deverá manter a integridade da informação através do controle de vulnerabilidades, de métodos fortes de autenticação, do controle de acesso e métodos de processamento dos sistemas operacionais conforme a norma ISO/IEC 15408, para segurança dos processos de sistema.

Cópia de segurança. – Deverá ser feita cópia de segurança dos dados do prontuário pelo menos a cada 24 horas. Recomenda-se que o sistema de informação utilizado possua a funcionalidade de forçar a realização do processo de cópia de segurança diariamente. O procedimento de back-up deve seguir as recomendações da norma ISO/IEC 17799, através da adoção dos seguintes controles:

Documentação do processo de backup/restore

As cópias devem ser mantidas em local distante o suficiente para livrá-las de danos que possam ocorrer nas instalações principais.

Mínimo de três cópias para aplicações críticas.

Proteções físicas adequadas de modo a impedir acesso não autorizado.

Possibilitar a realização de testes periódicos de restauração.

Bases de dados. – Os dados do prontuário deverão ser armazenados em sistema que assegure, pelo menos, as seguintes características:

Compartilhamento dos dados.

Independência entre dados e programas.

Mecanismos para garantir a integridade, controle de conformidade e validação dos dados.

Controle da estrutura física e lógica.

Linguagem para a definição e manipulação de dados (SQL – standard query language);

Funções de auditoria e recuperação dos dados.

Privacidade e confidencialidade. – Como objetivo de garantir a privacidade, a confidencialidade dos dados do paciente e o sigilo profissional, faz-se necessário que o sistema de informações possua mecanismos de acesso restrito e limitado a cada perfil de usuário, de acordo com a sua função no processo assistencial:

Recomenda-se que o profissional entre pessoalmente com os dados assistenciais do prontuário no sistema de informação.

A delegação da tarefa de digitação dos dados assistenciais coletados a um profissional administrativo não exime o médico, fornecedor das informações, da sua responsabilidade desde que o profissional administrativo esteja inserindo estes dados por intermédio de sua senha de acesso.

A senha de acesso será delegada e controlada pela senha do médico a quem o profissional administrativo está subordinado.

Deve constar da trilha de auditoria quem entrou com a informação.

Todos os funcionários de áreas administrativas e técnicas que, de alguma forma, tiverem acesso aos dados do prontuário deverão assinar um termo de confidencialidade em não-divulgação, em conformidade com a norma ISO/IEC 17799.

**Autenticação.** – O sistema de informação deverá ser capaz de identificar cada usuário através de algum método de autenticação. Em se tratando de sistemas de uso local, no qual não haverá transmissão da informação para outra instituição, é obrigatória a utilização de senhas. As senhas deverão ser de no mínimo 5 caracteres, compostos por letras e números. Trocas periódicas das senhas deverão ser exigidas pelo sistema no período máximo de 60 (sessenta) dias. Em hipótese alguma o profissional poderá fornecer a sua senha a outro usuário, conforme preconiza a norma ISO/IEC 17799. O sistema de informações deve possibilitar a criação de perfis de usuários que permita o controle de processos do sistema.

**Auditoria.** – O sistema de informações deverá possuir registro (log) de eventos, conforme prevê a norma ISO/IEC 17799. Estes registros devem conter:

A identificação dos usuários do sistema.

Datas e horários de entrada (log-on) e saída (log-off) no sistema.

Identidade do terminal e, quando possível, a sua localização.

Registro das tentativas de acesso ao sistema, aceitas e rejeitadas.

Registro das tentativas de acesso a outros recursos e dados, aceitas e rejeitadas.

Registro das exceções e de outros eventos de segurança relevantes devem ser mantidos por um período de tempo não inferior a 10 (dez) anos, para auxiliar em investigações futuras e na monitoração do controle de acesso.

**Transmissão de dados.** – Para a transmissão remota de dados identificados do prontuário, os sistemas deverão possuir um certificado digital de aplicação única emitido por uma AC (autoridade certificadora) credenciada pelo ITI responsável pela AC Raiz da estrutura do ICP-Brasil, a fim de garantir a identidade do sistema.

**Certificação do software.** – A verificação do atendimento destas normas poderá ser feita através de processo de certificação do software junto ao CFM, conforme especificado a seguir.

**Digitalização de prontuários.** – Os arquivos digitais oriundos da digitalização do prontuário médico deverão ser controlados por módulo do sistema especializado que possua as seguintes características.

Mecanismo próprio de captura de imagem em preto e branco e colorida independente do equipamento scanner (copiadora eletrônica).

Base de dados própria para o armazenamento dos arquivos digitalizados.

Método de indexação que permita criar um arquivamento organizado, possibilitando a pesquisa futura de maneira simples e eficiente.

Mecanismo de pesquisa utilizando informações sobre os documentos, incluindo os campos de indexação e o texto contido nos documentos digitalizados, para encontrar imagens armazenadas na base de dados.

Mecanismos de controle de acesso que garantam o acesso a documentos digitalizados somente por pessoas autorizadas.

## CERTIFICAÇÃO DOS SISTEMAS INFORMATIZADOS PARA A GUARDA E MANUSEIO DO PRONTUÁRIO MÉDICO

Todas as pessoas físicas, organizações ou empresas desenvolvedoras de sistemas informatizados para a guarda e manuseio do prontuário médico que desejarem obter a certificação do CFM e da SBIS deverão cumprir os seguintes passos:

Responder e enviar, via Internet, o questionário básico, disponível na página do CFM: <http://www.cfm.org.br/certificacao>;

O questionário remetido será analisado pelo CFM/SBIS, que emitirá um parecer inicial aprovando ou não o sistema proposto. Este parecer será enviado, via Internet, ao postulante.

Caso aprovado, os sistemas de gestão de consultório e pequenas clínicas (sistemas de menor complexidade) deverão ser encaminhados à sede do CFM para análise. Os sistemas de gestão hospitalar ou de redes de atenção à saúde (sistemas de maior complexidade) que não possam ser enviados serão analisados "in loco" (sob a responsabilidade do CFM/SBIS).

O processo de avaliação consistirá na análise do cumprimento das normas técnicas acima elencadas. A aprovação do sistema estará condicionada ao cumprimento de todas as normas estabelecidas.

Em caso de não aprovação do sistema, serão especificados os motivos para que as reformulações necessárias sejam encaminhadas.

Uma vez aprovado o sistema na versão analisada, além do documento de certificação o CFM e a SBIS emitirão um selo digital de qualidade que poderá ser incorporado na tela de abertura do sistema.

A tabela de custos para o processo de certificação dos sistemas de informação de prontuário eletrônico encontra-se disponível no site <http://www.cfm.org.br/certificacao>;

A certificação deverá ser revalidada a cada nova versão do sistema, seguindo os mesmos trâmites anteriormente descritos.

\* \* \*

## REFERÊNCIAS

1. Bittar OJNV. Aspectos legais do prontuário médico no Brasil, Revista Paulista de Hospitais, ano XXVIII, vol. XXVIII, n. 8, ago. 1980.
2. Carvalho LF. Serviço de arquivo médico e estatística de um hospital, 2.<sup>a</sup> ed., São Paulo: LTr Editora /MEC; 1977.
3. Código Civil. 5.<sup>a</sup> ed., São Paulo: Saraiva; 1999. Lei n.º 10.406 de 10.1.2002.
4. Código de Ética Médica. Conselho Federal de Medicina, 1988.
5. Conselho Federal de Medicina, Confederação Médica Brasileira, Federação Nacional dos Médicos, Associação Médica Brasileira. Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, São Paulo: Associação Médica Brasileira; 2003.
6. Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. Código de Ética do Estudante, Brasília; 2000.
7. Coelho Júnior C. Prontuário médico, São Paulo: Medicamenta; s.d.
8. Costa AR, Berçot FM. A informatização da rede Sarah de hospitais do aparelho locomotor, Brasília Médica 1997; 34 (3/4): 117-20.
9. CRM-DF, Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. Consultas, Volume 1, Brasília, 2003.
10. CRM-DF, Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. Consultas, Volume 2, Brasília, 2001.
11. CRM-DF, Regimento e Normas de Fiscalização, Distrito Federal, 2001.
12. Ferreira ABH. Novo Aurélio Século XXI, Dicionário da língua portuguesa. 3.<sup>a</sup> ed., Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.
13. Fabbro L. Prontuários médicos: aspectos éticos e jurídicos, Medicina – Conselho Federal, 1998.
14. França, GV. Direito Médico, 8.<sup>a</sup> ed., São Paulo: Fundo Editorial Byk; 2003.
15. Gomes LF. Código Penal. Código de processo penal. Constituição Federal, 3.<sup>a</sup> ed., Revista dos Tribunais, São Paulo; 2001.

16. Jornal do CRM-DF, abr., 1998
17. Hossne WS. Prontuário médico – aspectos éticos, Rev Ass Med Brasil 38 (2):75-7, 1992.
18. Houaiss A. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, 1.ª ed., Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
19. Lobo LCG. Prontuário médico orientado para problemas, Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. São Paulo, 1976;31 (1):67-2.
20. Medicina Geraes. Avança a implantação do prontuário eletrônico, mas o novo sistema ainda gera dificuldades. Medicina Geraes, CRMMG: Belo Horizonte, agosto/2003, ano III, ed. 25.
21. Mezzomo AA. Serviço do prontuário do paciente, 4.ª ed., São Paulo: Cedas; 1991.
22. Moraes IN. Erro médico, 1.ª ed., São Paulo: Maltese; 1991.
23. Ministério da Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, 2.ª ed., Brasília, 1999.
24. Paraná R. O a(na)lfabeto da medicina alternativa. Medicina Geraes, 2005; 40: 5.
25. Sacconi LA. Não confunda, 2.ª ed., São Paulo: Atual Editora; 2000. p.80.
26. Salinas LFG. Escrita legível: obrigação ética e legal. Ética Revista, Ano II, ed. N. 4, jan./ 2003, p. 9.
27. Schmitz IF, Severo S, Tannhauser SL, Tannhause M, Barros EJ, Barros HMT. Modificação dos padrões de prescrição de médicos em hospital escola de Porto Alegre, R. AMRIGS, Porto Alegre, v. 33, n.3, p. 209-212, jul./set. 1989.
28. Tiriba AC. Autópsia – aprovação da família nem sempre é fácil, Rev Soc Bras Clin Med 2003;1(3):89-90.
29. Tubino P. in: Barbosa H. Controle Clínico do Paciente Cirúrgico, 4.ª ed., Rio de Janeiro: Atheneu; 1976. p. 727.
30. Vianna A. Letra de médico leva paciente à morte, Jornal do HUB, ano 1, n.º 9, nov./dez, 1999, p. 3.



