



QUALIDADE

DOS ARQUIVOS MÉDICOS
UNIMED ARAGUAIA



Caro prestador!

Com a intenção de auxiliar na qualificação dos processos operacionais, agrupamos as informações abaixo para orientar as equipes assistenciais quanto a importância do prontuário, confidencialidade, regras e responsabilidade de acesso ao mesmo, bem como a importância na qualidade dos arquivos médicos, trazendo itens da legislação vigente e orientações gerais.

As informações abaixo são aplicáveis a todos os prestadores de serviços na área da saúde, cada um de acordo com sua complexidade.

Esses itens fazem parte do processo de avaliação e melhoria contínua da qualidade da rede.

Quaisquer dúvidas ou orientações neste sentido, por gentileza entrar em contato através dos canais abaixo:

E-MAIL. enfermagem2@unimedaraguaia.com.br

TELEFONE. (66) 3402-2400 Ramal 2428

1 A importância do prontuário

O prontuário tem ampla aceitação e utilização no meio médico. Entretanto, é frequentemente preenchido de modo impróprio.

Algumas irregularidades em seu preenchimento podem ter efeitos danosos para o doente e para o médico. Ilegibilidade das prescrições, por exemplo, pode ensejar troca de medicamentos, o que pode ser fatal para o paciente.

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

As anotações no prontuário ou ficha clínica devem ser feitas de forma legível, permitindo inclusive identificar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente.

Além disso, o médico deve assinar e carimbar. É importante enfatizar que não há lei que obrigue o uso do carimbo. Nesse caso, o nome do médico e seu respectivo CRM devem estar legíveis.

Para os prestadores hospitalares, os documentos gerados no pronto-socorro e no ambulatório deverão ser arquivados junto com o prontuário, em caso de internação hospitalar. Não se justifica registrar e arquivar separadamente os documentos gerados no pronto-socorro, sendo que os atendimentos feitos neste setor devem ser registrados com anamnese, diagnóstico e resultados de exames laboratoriais (se porventura efetuados), terapêutica prescrita e executada, bem como a evolução e alta.



Para os prestadores de serviços ambulatoriais e consultórios, os documentos gerados com os atendimentos deverão ser arquivados de forma a garantir o rápido resgate de informações relacionadas a atendimentos anteriores, a fim de possibilitar a continuidade da assistência prestada.

1.1 Confidencialidade do prontuário

RESOLUÇÃO DO CFM Nº 1.638/2002:

Art. 1º - Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a

ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 2º - Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

I - Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;

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

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

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

Art. 4º - 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. 5º - Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

I - Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte (eletrônico ou papel):

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

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

c) Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos



profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d) Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e o respectivo número do CRM;

e) Nos casos emergenciais, 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.

II - 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. 6º - 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.

CONFORME RESOLUÇÃO CFM Nº 1.246/88

É vedado ao médico:

Art. 105 - Revelar informações confidenciais obtidas no 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 às empresas seguradoras qualquer informação sobre as circunstâncias da morte de seu paciente, além daquelas contidas no próprio atestado de óbito, salvo por expressa autorização do responsável legal ou sucessor.

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

1.2 O que não deve ser feito no prontuário?

- . Escrever a lápis;
- . Usar corretivo líquido;
- . Deixar folhas em branco;
- . Fazer anotações que não se referem ao paciente.



1.3 Tempo de arquivamento (*meio físico e eletrônico*)

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).

Por sua vez, laudos de exames complementares de imagem e a própria imagem em si, por serem documentos integrantes de prontuários, devem seguir as mesmas regras atribuídas à guarda de prontuários, segundo o Parecer CFM nº 10/2009. Porém a responsabilidade de guarda do médico ou do estabelecimento que produziu o exame cessa com a entrega, mediante protocolo, da imagem e respectivo laudo ao paciente, devendo no entanto arquivar uma via do laudo.

Findo o prazo legal, 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 1.821/07; Parecer CFM n.º 23/89), isto é, arquivados eletronicamente em meio óptico, magnético ou microfilmado,

para manutenção permanente.

Neste sentido é importante observar formas que garantam o tempo de arquivamento de documentos físicos (analisando a qualidade de estrutura e processos do serviço de arquivos médicos), e documentos eletrônicos (armazenados em meio eletrônico com *Backup* dos dados informatizados).

1.4 Acesso ao prontuário

1.4.1 SOLICITAÇÃO PELO PRÓPRIO PACIENTE:

Art. 70 do CEM: “É vedado ao médico 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 do CEM: “Deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento, ou na alta, se solicitado.”

É importante salientar que o prontuário pertence ao paciente e que, por delegação deste, pode ter acesso ao mesmo. Portanto é um direito do paciente ter acesso, a qualquer momento, ao seu prontuário, recebendo por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão (CRM, Coren, entre outros), podendo inclusive solicitar cópias do mesmo.

1.4.2 SOLICITAÇÃO DOS FAMILIARES E/OU DO RESPONSÁVEL LEGAL DO PACIENTE:

Quando a solicitação é do responsável legal pelo paciente - sendo este menor ou incapaz - deve ser permitido e, se solicitado, fornecer as cópias ou elaborar um laudo que contenha o resumo das informações lá contidas.

Caso o pedido seja feito pelos familiares do paciente, será necessária a autorização expressa dele. Na hipótese de que ele não tenha condições para isso ou tenha ido a óbito, as informações devem ser dadas sob a forma de laudo ou até mesmo cópias. No caso de óbito, o laudo deverá revelar o diagnóstico, o procedimento do médico e a “causa mortis”.

Entende-se que em qualquer caso o prontuário original, na sua totalidade ou em partes, não deve ser fornecido aos solicitantes, pois é documento que obrigatoriamente precisa ser arquivado pela entidade que o elaborou. Entende-se também que os laudos médicos não devem ser cobrados, facultando-se porém, a critério da entidade, a cobrança das cópias quando fornecidas por ela.

O acesso ao prontuário pela figura do médico auditor enquadra-se no princípio do dever legal, já que tem ele atribuições de peritagem sobre a cobrança dos serviços prestados pela entidade, cabendo ao mesmo opinar pela regularidade dos procedimentos efetuados e cobrados, tendo inclusive o direito de examinar o paciente, para confrontar o descrito no prontuário. A visita da Auditoria será feita sempre que houver necessidade, cabendo à Instituição providenciar o espaço e estrutura necessária para que ela ocorra.

Todavia, esse acesso sempre deverá ocorrer dentro das dependências da instituição de assistência à saúde responsável por sua posse e guarda.

1.5 Qualidade dos arquivos médicos

No caso de instituições hospitalares, ressalta-se a importância dos arquivos médicos por se tratar de arquivos especializados, tendo a função maior de recolher os prontuários dos pacientes, organizar, arquivar, preservar

e disponibilizar o acesso ao corpo clínico, administrativo e ao próprio paciente ou seu representante legal por meio de pesquisa, empréstimo e reprodução das informações neles contida.

Sua forma estrutural vai depender do porte do hospital, se público ou privado ou até mesmo do modelo de gestão administrativa. Pode ser dividido em seções e absorver a função do controle do fluxo dos prontuários dos pacientes.

De acordo com as prescrições para o trabalho da Comissão de Revisão, os prontuários devem ser avaliados quanto a qualidade de seus registros. Deve ser efetuada verificação continuada de requisitos obrigatórios como a identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, tratamento efetuado e evolução diária.

A infraestrutura dos arquivos médicos é um ponto importante para garantir a qualidade dos mesmos, sendo assim, os itens abaixo devem ser observados neste sentido:

- . Local de armazenamento com controle de temperatura, umidade e pragas;
- . Espaço adequadamente dimensionado para as necessidades;
- . Forma de armazenamento e rastreabilidade.





R. Xavantes, 459 - Setor Sul II, Barra do Garças - MT
CEP 78600-908
(66)3402-2400
www.unimed.coop.br/web/araguaia