

**MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL - IFRS**

PRONTUÁRIO: INSTRUMENTO DE INFORMAÇÃO

REJANE MORAIS DA SILVA

ORIENTADORA: LUCIANE BERTO BENEDETTI

Porto Alegre, 2013.

REJANE MORAIS DA SILVA

PRONTUÁRIO: INSTRUMENTO DE INFORMAÇÃO

Relatório apresentado como pré-requisito de conclusão de curso Técnico em Registro e Informações em Saúde.

Orientadora: Luciane Berto Benedetti

Porto Alegre
2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e aos anjos da guarda, que possibilitaram-me cursar este curso Técnico de Registros em Informações em Saúde, de forma a angariar conhecimentos nesta área tão carente, mas que vislumbra um futuro promissor. Não poderia deixar de citar meu marido e filhas, pela paciência e por compreenderem minha ausência nesta jornada tão importante. Finalizo, agradecendo à Escola GHC e sua equipe de profissionais pelo acolhimento concedido.

RESUMO

Este relatório procura enfatizar a importância do prontuário em uma instituição de saúde e de como esses registros são transformados em informações, constituindo-se em importante ferramenta de auxílio nos processos de organização, avaliação, planejamento e tomada de decisões. Tem como objetivo mostrar aos profissionais envolvidos nas atividades dos registros hospitalares, a relevância do seu papel em fazer o correto preenchimento do prontuário do paciente, ressaltando os diversos itens que abarcam e fundamentam este instrumento valioso, que é o prontuário do paciente. Aborda a história do prontuário, como e quando foram feitos os primeiros registros até os dias atuais. E, ao mesmo tempo, fazemos uma ligação com as experiências vividas nos estágios, procurando de alguma forma minimizar os erros que são cometidos por profissionais desqualificados para a função.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EAS - Estabelecimento de Assistência à Saúde

GHC - Grupo Hospitalar Conceição

HNSC - Hospital Nossa Senhora da Conceição

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatística

SUS - Sistema Único de Saúde

TRIS - Técnico em Registro e Informação em Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC).....	7
3 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO PRONTUÁRIO.....	8
3.1 DEFINIÇÕES DE PRONTUÁRIO.....	10
3.2 GUARDA E RESPONSABILIDADE.....	12
3.3 ORDENAMENTO DO PRONTUÁRIO.....	12
3.4 PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE (PEP).....	13
3.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	15
4 VIVÊNCIA DOS ESTÁGIOS NO HNSC.....	17
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
REFERÊNCIAS.....	21

1 INTRODUÇÃO

O curso Técnico em Registros e Informações em Saúde, da Escola GHC-Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde, habilita-nos a “atuar na organização do conteúdo e do arquivo de prontuários, na organização das fontes de dados e no registro para os sistemas de informações em saúde”. Capacita-nos para os processos de “guarda, catalogação, pesquisa e manutenção de registros e dados em saúde, orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” (BRASIL. Ministério da Saúde. GHC, 2011).

Este trabalho de conclusão versa sobre o prontuário do paciente, no qual me propus em fazer um resgate histórico (antigamente denominado como do médico e atualmente do paciente); abordando definições de alguns autores; bem como os componentes e o ordenamento do prontuário; seu sistema de guarda; a sua importância como sendo um instrumento valioso para o paciente, médico, a instituição, a pesquisa e o ensino; seu aspecto ético-legal; e a vivência nos estágios. Enfoca também o PEP- Prontuário Eletrônico do Paciente, sendo uma realidade nas diferentes instituições de saúde, facilitando a coleta e o armazenamento das informações de forma rápida, cujo objetivo principal é permitir a qualidade do atendimento e a veracidade das informações.

Durante a Prática Profissional Simulada I, do referido curso, realizado no Hospital Nossa Senhora da Conceição, verifiquei que o principal registro que subsidia as informações em saúde é o prontuário do paciente. Convém salientar que este estágio foi basicamente de observação das rotinas administrativas de alguns setores da instituição.

Já na Prática Profissional Simulada II, permanecemos em um único posto, no meu caso especificamente, 1º C-Cirurgia Geral/Proctologia. Desta vez, pude vivenciar as rotinas administrativas de forma prática, interagindo no serviço. O foco principal foi o prontuário do paciente, no qual é o tema central.

2 GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC)

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em Porto Alegre/RS, está vinculado ao Ministério da Saúde com atendimento 100% SUS (Sistema Único de Saúde), sendo considerado o maior hospital geral da região Sul do Brasil. Conta com uma estrutura de 1.564 leitos, é responsável pela internação de 59,9 mil gaúchos por ano, apresenta uma equipe de 8 mil funcionários, executa uma média anual de 2,2 milhões de consultas e 36,1 mil cirurgias. A instituição faz o diagnóstico de mais da metade dos casos de câncer para a população de Porto Alegre e responde por 25% dos atendimentos de emergência da capital. Também é considerado o berçário dos gaúchos (BRASIL. Ministério da Saúde. GHC, 2013).

O GHC constitui-se na maior rede pública de assistência à saúde no Brasil, atendendo as demandas sociais em saúde desde a atenção primária até a mais alta complexidade. Tem como base os princípios do SUS de universalidade, equidade, integralidade e resolutividade, dedicando-se às atividades de ensino e pesquisa (BRASIL. Ministério da Saúde. GHC, 2007).

Conforme site institucional, o GHC é formado pelos hospitais: Nossa Senhora da Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina. É composto também por doze unidades do Serviço de Saúde Comunitária, três centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e pelo Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde- Escola GHC. Em 2012, foi inaugurado a UPA - Unidade de Pronto Atendimento, Moacyr Scliar, criada para desafogar as emergências dos hospitais de Porto Alegre, e que visa atender os casos de menos gravidade. Além disso, está sob sua responsabilidade administrativa o Instituto da Criança com Diabetes.

3 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO PRONTUÁRIO

A história da evolução dos registros de saúde está relacionada à própria história da medicina. Em tempos remotos, a medicina baseava-se na crença em forças sobrenaturais, influência de espíritos, bem como no poder de feiticeiros e amuletos. É importante frisar que a morte era considerada castigo e que a primeira operação cirúrgica foi a trepanação (abertura do crânio com uma pedra) para libertar os espíritos (MUNCK et al,1999).

O papiro foi o documento mais antigo em registros de saúde, pois continha informações sobre lesões, tratamentos e procedimentos cirúrgicos. Atribui-se a autoria do primeiro prontuário em papiro ao Dr. Imhotep (2980 A.C.), patriarca da medicina egípcia, filósofo, astrólogo e poeta. É um compêndio que traz 248 casos de doenças, que estabelece o padrão de registros. As informações começam com o título, como, por exemplo, estudo da varíola, diagnóstico provisório, exame físico, lista de sintomas, diagnóstico definitivo, prognóstico e tratamento (MUNCK et al, 1999).

A medicina grega teve início com os filósofos. Os tratamentos médicos eram fundamentados na mitologia e os que exerciam a medicina eram considerados deuses. Muitos contribuíram para os registros de saúde. Destacam-se Esculápio e Hipócrates. (MUNCK et al,1999)

Esculápio era considerado o deus da medicina grega. Foi o médico mais venerado de todos os tempos. Em seu símbolo, a vara de Esculápio, existe uma serpente que significa o poder dos deuses e a sabedoria. Atendia seus pacientes em templos, antecipando os hospitais de hoje. Escritas nas paredes constituem um exemplo de registro, onde se encontrava o nome do paciente como também um resumo do caso e o resultado. (MUNCK et al, 1999)

Também segundo MUNCK (1999), foi com Hipócrates (460-370 A.C.) que surgiram os primeiros princípios da medicina científica, porque a separou do mistério e da magia, liberando os deuses de suas responsabilidades na prevenção e no tratamento das doenças e colocando este encargo nas mãos do homem. Segundo ele, as doenças tinham uma causa natural.

O juramento de Hipócrates prega o sigilo das informações registradas sobre os pacientes. Até os dias de hoje é prestado por todos aqueles que se formam na área da saúde.

Na Idade Média com o declínio do Império Romano no século V D.C., a medicina se tornou para os povos ocidentais, novamente misteriosa e mágica. Entretanto, no Oriente Médio, as práticas médicas continuaram a se desenvolver.

Na Idade Moderna os hospitais surgiram como instituições que prestavam cuidados de saúde com cunho religioso e exerciam as funções de proteção e não de tratamento.

No século XVI, Versalius, considerado o pai da anatomia moderna foi o primeiro a conseguir permissão para dissecar cadáveres como demonstração anatômica nas escolas de medicina.

No século XVII, foram desenvolvidos o conhecimento das funções e inter-relações entre coração, pulso e sangue. Os primeiros registros de pacientes surgiram nos hospitais no final do século XVIII. (MUNCK et al, 1999)

Os hospitais, no século XIX, ainda eram refúgio para doentes pobres que morriam de infecções. Depois que as infecções foram controladas, o hospital passou a ser um centro médico-científico. Surgindo as especialidades e o desenvolvimento das cirurgias cardiovascular, torácica e neurológica. Nesta época, organizou-se o primeiro departamento de registros médicos, nos Estados Unidos em 1821. Em 1897 foi organizado, pela primeira vez, um serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) (MUNCK et al, 1999).

Já no século XX houve grandes mudanças e descobertas. Na área da saúde os avanços foram notórios, pois as técnicas de diagnósticos e tratamento evoluíram consideravelmente, os aparelhos estão cada vez mais precisos, mudando também o enfoque da saúde, passando de curativa e cognitiva para a prevenção e manutenção da saúde.(MUNCK et al, 1999).

Em 1943 foi organizado o primeiro SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) no Brasil, pelo Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo. Em 1966, o sistema foi adotado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o qual obrigava as instituições conveniadas a terem prontuários organizados, a fim de justificar

o diagnóstico e o tratamento dos pacientes. O INPS atribuía pontos aos hospitais pela organização do SAME, estimulando os hospitais a introduzirem esse serviço (MUNCK et al, 1999).

3.1 DEFINIÇÕES DE PRONTUÁRIO

O prontuário é um dos documentos mais importantes para a área de Registros em Saúde, bem como um norteador para o hospital. Historicamente denominado como do médico e atualmente como do paciente, é um acervo documental, organizado e conciso, referente ao registro dos cuidados médicos prestados, bem como todas as informações relativas à saúde, como exames, procedimentos e quaisquer documentos pertinentes a essa assistência. Constitui-se como um documento único, devidamente identificado e é elaborado por equipes multidisciplinares.

Antigamente o médico detinha o conhecimento e somente ele podia fazer anotações no prontuário do paciente. Atualmente o prontuário também é compartilhado com outros profissionais da saúde, tais como psicólogos, nutricionistas, enfermeiros, assistentes sociais, dentre outros, que fazem anotações da assistência prestada ao indivíduo.

Para Munck et al (1999, p. 103) “é um documento destinado ao registro dos cuidados prestados, quer seja em casos de internação hospitalar, em atendimento de ambulatório ou em situações de emergência”.

Já para Mezzomo (1982, p. 245), “é um conjunto de informações escritas, relativas a determinada pessoa ou fato”.

Segundo Nogueira (2005),

o prontuário médico é constituído de um conjunto de documentos padronizados, contendo informações geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e assistência prestada a ele, com caráter legal, sigiloso e científico, que possibilite a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Para o Conselho Federal de Medicina, prontuário “é um conjunto de documentos padronizados e ordenados, destinados ao registro dos cuidados profissionais prestados ao paciente pelos serviços de saúde pública ou privada”.

No prontuário deve constar a anamnese, o exame clínico, a prescrição terapêutica, os relatórios de enfermagem e de outros serviços, descrição de cirurgias, ficha anestésica, exames diversos, assim como uma minuciosa descrição das circunstâncias em que foram realizados (PRESTES JR; RANGEL, 2007).

Como se trata de um instrumento de comunicação, deve conter uma linguagem clara e concisa, evitando códigos pessoais, abreviaturas, grafia ilegível, sendo esta última, um grande problema nos estabelecimentos de saúde.

Constitui-se num elemento primordial ao bom atendimento e um instrumento de educação permanente e de pesquisa, entre outras finalidades de gerenciamento hospitalar.

Segundo os autores Prestes Jr. e Rangel (2007), o prontuário é um instrumento importante para:

- a) O Médico: o prontuário bem elaborado representa um instrumento valioso para o diagnóstico definitivo, e o tratamento realizado, permitindo a comunicação entre os diversos profissionais de saúde. Constitui também um instrumento de grande valia em caso de um processo médico-legal.
- b) Para o Ensino: usado para a discussão de casos. Para tanto, é necessário que esteja adequadamente preenchido e legível.
- c) Para o Paciente: relata o histórico do paciente, a sua evolução clínica, direcionando o melhor procedimento terapêutico e todos os cuidados preventivos adotados pelos profissionais de saúde. Serve como norteador em casos de reinternação e ou transferências. Em caso de erro médico serve de base legal ao paciente, de modo a questionar seus direitos.
- d) Para a Instituição: a existência de bons prontuários permite maior rotatividade de pacientes, baixando a média de permanência, diminuindo, assim, o uso indevido de equipamentos e serviços, evitando a repetição de exames. Isto implica na redução dos custos e demonstra a qualidade da prestação de serviços da instituição (MEZZOMO, 1982, p. 267).

e) Para Pesquisa Científica: manter os dados atualizados, pois podem ser úteis para uma pesquisa futura. Produz dados estatísticos; favorece as análises comparativas de eficiência e serve também para fornecer dados de incidência e prevalência, de morbidade e de mortalidade.

Serve também como instrumento de auditoria e de avaliação das contas médicas, constituindo-se em instrumentos que permitem a comparação entre hospitais quanto ao padrão de qualidade.

3.2 GUARDA E RESPONSABILIDADE

Embora o prontuário médico pertença ao paciente, fica sob a guarda e responsabilidade dos médicos e dos demais profissionais que compartilham do atendimento e das instituições que devem zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida. Convém salientar, que todos os documentos originais que compõem o prontuário devem ser guardados pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, a contar da data do último registro de atendimento realizado. (THOFERHRN; LIMA, 2006). E, quando o paciente for menor de idade, o prazo de dez (10) anos, começa a vigorar somente depois dos 21 anos.

3.3 ORDENAMENTO DO PRONTUÁRIO

Para que o prontuário do paciente possa satisfazer seus propósitos, é preciso que os formulários sejam organizados conforme as normas de cada instituição.

Durante os estágios no GHC, pude observar que o prontuário segue a seguinte ordem:

- 1) Atestado de óbito (se for o caso);
- 2) Sumário de hospitalização (identificação do paciente);
- 3) Laudo médico para emissão de AIH (autorização de internação hospitalar);
- 4) Relatório de cirurgia;

- 5) Relatório de anestesia;
- 6) Nota de alta;
- 7) Boletim de atendimento na emergência;
- 8) Prescrições em ordem crescente;
- 9) Evoluções;
- 10) Exames em geral;
- 11) Lista de problemas;
- 12) Pedido de consultoria;
- 13) Folhas de fluxo da UTI;
- 14) Folha de cuidado intensivo;
- 15) Folha de exame de Enfermagem;
- 16) Relatório de Enfermagem;
- 17) Lista de cuidados pré-operatórios;
- 18) Controle de pacientes (postos);
- 19) Registro de cuidados (UTI);
- 20) Antecedentes de imunização e infecção;
- 21) Solicitação de uso de medicamento controlado.

3.4 PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE (PEP)

Com o avanço das novas tecnologias nas duas últimas décadas, se fez importante a sua inclusão também na área da saúde. Auxiliando todos os profissionais da saúde na prática de sua profissão, facilitando a coleta e o armazenamento das informações na tomada de decisão, na busca de métodos mais adequados. Para tanto, se faz necessário que as entidades de saúde se qualifiquem para tal. Além de ser mais ágil, o prontuário eletrônico facilita o compartilhamento e o acesso simultâneo das informações sobre as pessoas.

Thofehr e Lima (2006) definem muito bem o PEP (Prontuário Eletrônico do Paciente):

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

Thofehrn e Lima (2006) enfatizam que:

o prontuário deve ser compreendido por outros profissionais para que seja possível dar continuidade ao tratamento de um paciente e sua legibilidade é exigida no código de ética da profissão. Acrescenta ainda que os dados referentes à conduta devem ser claros, concisos e completos, incluindo detalhes do atendimento.

No PEP constam os dados de identificação, anamnese, exame físico, evolução clínica e cirúrgica, resultado de exames, medicamentos usados pelo paciente, tempo de internação, tempo de CTI e demais registros.

Destaco a seguir as principais vantagens e desvantagens do PEP, de acordo com Poli e Klug (2012).

Vantagens:

- Possibilita o compartilhamento das informações simultaneamente entre diferentes profissionais e instituição;
- Agilidade no acesso aos dados do paciente;
- Diminui a perda/extravio de prontuário;
- Acesso a conhecimento científico atualizado com melhoria do processo de tomada de decisão;
- Efetividade do cuidado;
- Redução dos custos;
- Diminui o espaço físico;
- Proporciona melhor qualidade e confiabilidade das informações.

Desvantagens:

- Investimento em equipamentos e treinamento;
- Necessidade de profissionais qualificados;
- Resistência dos profissionais da saúde ao uso de sistema informatizado;
- Queda e falhas do sistema;

- Uso e acesso indevidos, podendo colocar a questão da confiabilidade e segurança das informações do paciente em risco.

Convém salientar que não existe sistema totalmente seguro, pois o PEP quanto o prontuário de papel, também estão sujeitos a fraudes.

Quanto aos estágios realizados, verifiquei que o HNSC aderiu à informatização em alguns setores, e em outros ou concomitantemente, faz uso de prontuários em papel, registrando os dados manualmente. Essa prática pode trazer problemas, como a perda ou extravio de papéis, letras ilegíveis, entre outros.

De acordo com Thofehr e Lima (2006):

para a prática e utilização do PEP, é importante regular o uso da tecnologia a fim de usufruir seus benefícios e impedir os efeitos indesejados, considerando os aspectos éticos e legais, que envolvem a utilização do prontuário eletrônico, tais como a autenticidade, integridade, confidencialidade, privacidade, assinatura eletrônica e guarda de documentos.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A moral orienta o comportamento do homem diante das normas estabelecidas pela sociedade, tais como a honestidade, a bondade, o respeito e etc.

Já a ética é o estudo geral do que é bom ou mau, correto ou incorreto, justo ou injusto. (GLOCK; GOLDIM, 2003). Ambas são responsáveis por construir as bases que vão guiar a conduta do homem, determinando o seu caráter, altruísmo e virtudes buscando ensinar a melhor forma de agir e de se comportar em sociedade.

Já a ética profissional é o conjunto de normas morais pelas quais um indivíduo deve orientar seu comportamento profissional. Portanto o segredo profissional e o sigilo sobre o prontuário do paciente devem ser resguardados, bem como salvaguardados o direito à intimidade do paciente.

Segundo os autores Prestes e Rangel (2007, p. 154) “o prontuário do ponto de vista legal é um precioso instrumento, talvez o mais importante, em demandas judiciais, pois é a partir da sua análise que os peritos e julgadores colhem subsídios para a decisão judicial”.

De acordo com o Código de Ética Médica:

Art.70 É vedado ao médico negar ao paciente acesso ao 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: É vedado ao médico deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento ou na alta, se solicitado.

Art. 11: O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo 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 (NOGUEIRA, 2011).

4 VIVÊNCIA DOS ESTÁGIOS NO HNSC

A partir do segundo semestre do curso, comecei a fazer a Prática Profissional Simulada no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). É um estabelecimento de assistência à saúde (EAS), sendo referência no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e que presta assistência à população da grande Porto Alegre e interior do estado, desde a atenção primária até a mais alta complexidade. Sempre congestionado, pois a demanda/procura supera a oferta.

Atualmente vivenciamos o caos na saúde, por diversos motivos, tais como a negligência e o abandono dos governantes, o sucateamento das instituições de saúde, bem como os erros gritantes cometidos contra os usuários, muitas vezes por despreparo do profissional. Sendo assim, saí da sala de aula e fui manter contato, in loco, nas áreas de saúde das diferentes unidades do HNSC e vivenciar na prática conceitos e teorias vistos em aulas teóricas. Neste ínterim, estagiei em alguns setores do hospital em questão, como: na Central de Leitos, no Instituto da Criança com Diabetes (ICD), no Ambulatório Térreo, na Oncologia e no Faturamento. Este estágio foi basicamente o de observação e registros críticos dos fluxos da informação existente.

Já no terceiro semestre, fiz estágio em apenas um posto. Particularmente, estagiei no Posto 1º C-Cirurgia Geral/Proctologia do hospital supracitado. Neste posto são realizadas cirurgias diversas, as quais são programadas ou então são de pacientes vindos da Emergência, como também cirurgias eletivas (vem de casa). Os leitos estão geralmente todos ocupados, pois assim que um paciente tem alta logo é ocupado pelo seguinte da fila. O posto apresenta grande movimentação de profissionais de saúde, que é composto por uma enfermeira padrão, técnicos e auxiliares de enfermagem e médicos, que se revezam nos cuidados com os pacientes.

Desta vez pude vivenciar as rotinas administrativas de forma prática, manuseando os prontuários, registros em saúde e os indicadores utilizados, interagindo com a secretária. Constatei que o sistema está informatizado, mas que ainda fazem uso de papel e formulários padronizados, visando assegurar a integridade e o resgate dos registros.

Todo o paciente que se interna, ou faz consultas no ambulatório ou na emergência do HNSC, recebe um número de registro individual que caracteriza seu prontuário. Nele constam todos os dados pessoais (nome, data de nascimento, endereço, documentos, telefones e etc.) como também, todas as informações relativas à sua saúde, evidenciando a sua evolução durante todo o período de atendimento. Sendo assim, pude conferir no sistema os prontuários dos pacientes, a fim de confrontar dados.

Consta como usuária e formanda do TRIS, que o HNSC admite apenas um registro, mas que às vezes, o paciente pode ter mais de um. Quando isto acontece, é preciso conferir o nome da mãe, data de nascimento e endereço, para dirimir dúvidas. Isto acontece por preguiça, descaso ou até mesmo despreparo do atendente na hora da abordagem. Neste momento, destaca-se a importância do Técnico de Informações em Saúde, que precisa estar sempre atento e preparado para este momento.

Saliento também, que segundo a secretária do posto, o auxiliar administrativo não pode incluir e nem excluir nenhum dado do paciente no PEP. Somente o médico e a equipe multidisciplinar, como enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e outros, podem alterar dados, desde que munidos dos seus registros profissionais.

A instituição faz uso de dois tipos de prontuário, o PEP e o de papel. Os prontuários de papel estão organizados em uma pasta/envelope pardo, dentro de um arquivo aberto, dispostos em ordem de leitos, para que médicos, residentes e enfermeiros tenham acesso, em caso de alguma dúvida. Este arquivamento é feito pela secretária do posto e dos futuros Técnicos em Registros e Informações, seguindo um ordenamento de formulários, citado acima. Este controle dos prontuários, do arquivo, e dos problemas do dia-a-dia de um hospital, são feitos pela secretária. Logo, ela precisa estar sempre atenta para que nenhum documento seja extraviado e para que o setor funcione bem. Durante os três semestres do curso, foi frisado sobre o nosso papel em zelar, organizar a documentação e manter sigilo sobre o que vimos e escutamos durante o trabalho.

De modo a detalhar a minha rotina de estágios, no último posto foi a seguinte: primeiramente, tirei o censo diário e a lista dos pacientes no sistema, fiz a conferência da documentação e enviei os prontuários com alta ou óbito para o faturamento, onde é

feita a análise para ser enviada à Secretaria da Saúde para posterior avaliação. Vivenciei apenas um óbito e aprendi a conferir a sua documentação e o acréscimo de formulários à pasta do paciente, como a Declaração de Óbito (DO) emitida pelo médico plantonista e a Nota de Óbito pelo assistente.

Fiz uso do EMANUT, que é um programa onde se pede consertos de equipamentos. Através do Workflow são feitas requisições de transporte de ambulâncias, solicita-se horas de formação do funcionário, inclusão de cursos feitos fora do GHC, troca de bomba de infusão e glicosímetro. O cartão do acompanhante é feito também, para os pacientes que precisam de acompanhantes 24 horas por dia, sob análise da enfermeira padrão.

Com a prática profissional simulada, tive a oportunidade de entender e conhecer os meandros de uma administração hospitalar. Cheguei à conclusão que é muita complexa, que está longe de uma perfeição, mas que está caminhando na direção certa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com essas observações pude notar a importância de nosso papel, como futuros técnicos na área de Registros e Informações em Saúde, que visa basicamente atuar na organização do conteúdo e do arquivo de prontuários, na organização das fontes de dados e no registro para os sistemas de informações em saúde, contribuindo para a continuidade do atendimento, planejamento e a avaliação das ações. Desenvolvendo, também procedimentos de guarda, catalogação, pesquisa e manutenção de registros e dados em saúde.

A vivência no estágio nos possibilitou entender a importância do prontuário do paciente numa instituição de saúde e a responsabilidade dos profissionais que o alimentam e os produzem.

Com base nas vivências dos estágios realizados, pude concluir alguns aspectos que ao meu ver, são relevantes:

- Mesmo tendo o conhecimento que o HNSC enfrenta dificuldades inerentes à saúde, presta um atendimento 100% SUS à população gaúcha, com serviços de qualidade e práticas de humanização, tanto é que está sempre de portas abertas, mesmo quando existe superlotação, demonstrando respeito aos usuários.
- O prontuário é um instrumento valioso de informações e um norteador para a instituição. Por isso, se faz presente a conscientização do profissional envolvido com o registro, pois o mesmo precisa ser bem redigido e embasado em informações fidedignas podendo se transformar em indicadores confiáveis, contribuindo para o planejamento da gestão nas várias esferas da atenção e na elaboração das políticas públicas de saúde.
- O curso nos proporcionou uma visão bem abrangente sobre os meandros de uma instituição hospitalar e que de certa forma, capacita-nos para futuramente sermos coadjuvantes na consolidação do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Vera Regina dos Passos. **Prontuário médico do paciente: uma contribuição para melhoria das informações na unidade de internação 3º E HNSC.** 2011. 17 f. Trabalho de conclusão de Curso Técnico em Registros de Informações em Saúde- GHC, Porto Alegre, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Escola GHC. Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição.** 2012. Agenda escolar.
- CARVALHO, Regina de S. et al. Prontuário incompleto no Pronto-Socorro: barreira para a qualidade em saúde. **RBM Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 66, n. 7, p. 218-222, jul. 2009.
- GLOCK, Rosana Soibelman; GOLDIM, José Roberto. Ética profissional é compromisso social. **Mundo Jovem (PUCRS, Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 41, n. 335, p. 2-3, 2003. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/eticprof.htm>>. Acesso em: 26 nov. 2013.
- MEZZOMO, Augusto A. **Serviço do prontuário do paciente.** 2. ed. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1982.
- MUNCK, Sérgio (Coord.) et al. **Textos de apoio em registros de saúde.** 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- NOGUEIRA, Juliana dos Santos. **A importância do prontuário.** 2011. 17f. Trabalho de Conclusão de Curso Técnico em Registros de Informações em Saúde-Escola GHC, Porto Alegre, 2011.
- POLI, Ane Gabriele; KLUG, Daniel. As compreensões que o prontuário eletrônico do paciente assume no coletivo de trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, 2012. No prelo. Disponível em: <colecciona-sus.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=508>. Acesso em: 15 nov. 2013.
- PRESTES JR., Luiz Carlos L.; RANGEL, Mary. Prontuário médico e suas implicações médico-legais na rotina do Colo-Proctologista. **Revista Brasileira Coloproctologista**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p.154-157, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v27n2/04.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2013.
- NEPOMUCENO, Rosane Lúcia de Lima. **Registro adequado, informação confiável.** 2011. 23 f. Trabalho de Conclusão de Curso Técnico em Registros e Informações em Saúde- Escola GHC, Porto Alegre, 2011.

THOFEHRN, Cláudia; LIMA, Walter Celso de. **Prontuário eletrônico do paciente: a importância da clareza da informação**. Santa Catarina, 2006. Disponível em: <<http://revistas.facecla.com.br/index.php/reinfo/article/view/168/65>>. Acesso em: 25 out. 2013.