

MINISTÉRIO DA SAÚDE
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 – CÂMPUS PORTO ALEGRE

CURSO TÉCNICO EM REGISTROS E INFORMAÇÕES EM SAÚDE

O PRONTUÁRIO COMO FONTE DE INFORMAÇÃO

KÁSSIA ROSA CARVALHO

ORIENTADOR: DIOVANI SCHREIBER PIRES

PORTO ALEGRE

2016

KÁSSIA ROSA CARVALHO

O PRONTUÁRIO COMO FONTE DE INFORMAÇÃO

Relatório apresentado como pré-requisito
para a conclusão do curso Técnico em
Registros e Informações em Saúde -
Escola GHC

Orientador: Diovani Schreiber Pires

PORTO ALEGRE

2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, família e amigos pelos momentos de alegria e vitória, e, principalmente, pelos momentos difíceis da vida. Aos meus colegas de curso, pelo esforço, pela persistência e pelo apoio mútuo. Agradeço também aos meus professores, pelas experiências compartilhadas na construção da minha formação acadêmica e profissional.

Agradeço, em especial, ao Daniel Stadtlodeer pelo carinho e dedicação.

RESUMO

Neste trabalho você irá verificar a importância do prontuário do paciente para uma instituição de saúde. Explicarei um pouco sobre o que compõe um prontuário, e sua importância na tomada de decisões sobre o paciente. Por isso, o objetivo é conscientizar os profissionais para que, cada vez mais, se tenha um prontuário claro e completo.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição

ICD - Instituto da Criança com Diabetes

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

SUS – Sistema Único de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO	7
3 PRONTUÁRIO	8
3.1 HISTÓRIA	8
3.2 PRONTUÁRIO COMO FONTE DE INFORMAÇÃO	9
3.3. PRONTUÁRIO: PREENCHIMENTO, CONTEUDO E ORGANIZAÇÃO	9
3.4. O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	12
3.5 PRONTUÁRIOS ESPECIAIS	17
4. VIVÊNCIAS	19
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	22

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho trata sobre o prontuário do paciente, desde a época em que era chamado de prontuário médico até os dias atuais, ressaltando a importância de um prontuário organizado e como ele serve de fonte de informação dentro das unidades hospitalares.

Tentarei demonstrar de forma clara e objetiva o que compõe o prontuário do paciente e os cuidados que se deve ter no dia-a-dia com o mesmo. Falarei também sobre o manuseio nos ambulatórios e nos setores de internação.

Visualizei a importância de um prontuário durante a Prática Profissional Simulada II, na experiência que tive no posto da Unidade de internação 3B1 – Cirurgia Vascular, realizada no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) localizado em Porto Alegre RS, e durante o meu estágio, realizado no ambulatório da endocrinologia no primeiro andar do bloco H do HNSC, interligando aos conhecimentos adquiridos no curso Técnico em Registros e Informações em Saúde.

2 GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

O Grupo Hospitalar Conceição é referência em atendimento pelo SUS (Sistema Único de Saúde), composto pelos hospitais Nossa Senhora da Conceição (HNSC) (figura1), Cristo Redentor e Fêmeina uma (Unidade de Pronto Atendimento) (UPA) Moacyr Scliar, 12 postos do Serviço de Saúde Comunitária, três Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa – (Escola – GHC).

Na zona norte de Porto Alegre localizam-se os hospitais Conceição, Cristo Redentor, A UPA, as 12 unidades básicas de saúde, os três CAPS e a Escola GHC, o Hospital Fêmeina localiza-se no Bairro Independência.

O Grupo conta com uma equipe de 9.491 profissionais, que atende cerca de 1,4 milhões consultas, 30,9 mil cirurgias e os 1.410 leitos, totalizando um número de 56,7 internações e 3,7 milhões exames por ano. Já o Hospital Fêmeina é considerado o berçário dos gaúchos, pois ocorrem 8,3 mil partos por ano. (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. 2016).

O Grupo Hospitalar Conceição tem sob sua responsabilidade administrativa o Instituto da Criança com Diabetes (ICD).

Tem como principal missão oferecer a atenção integral à saúde, com acesso, qualidade e eficácia organizacional, e desenvolver ações de ensino e pesquisa, fortalecendo o Sistema Único de Saúde.

3 PRONTUÁRIO

Para a instituição de saúde, o prontuário é um dos documentos mais importantes, pois nele estão contidas todas as informações do paciente, assim auxiliando no andamento do tratamento do paciente e facilitando aos profissionais que lidam com ele.

Segundo o Conselho Federal de Medicina (2002)

É um 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 multiprofissionais e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

De acordo com (GALVÃO, GIMENEZ, 2015) A Internacional Organization for Standardization (ISO) define

Que o prontuário do paciente é a coleção de informação relativa ao estado de saúde de um sujeito armazenada e transmitida em completa segurança, acessível a qualquer usuário autorizado. O prontuário segue um padrão para a organização da informação, aceito universalmente e independente do sistema. Seu principal objetivo é assegurar serviços de saúde de modo contínuo, eficiente e com qualidade, juntamente com informação retrospectiva, corrente e prospectiva.

3.1 HISTÓRIA

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

A história conta que os primeiros registros médicos foram datados no ano de 4500 a.C., relatórios esses feitos em 3000 a.C que relatam informações da medicina praticada no Egito. Já no século V, “o pai da medicina”, Hipócrates procurou abandonar a teoria da medicina sacerdotal, vendo um zelo científico. (KLUCK; GUIMARÃES 2014).

Na Idade Média nota-se uma preocupação com os registros sobre a evolução da doença do paciente, utilizando essas informações para explicar fenômenos como epidemias. Em 1819, o foco do registro modificou ao invés de registrar o relato do paciente em relação aos sintomas passou-se a registrar dados observados pelo

médico através do estetoscópio. Nesta época, o registro era feito pelo médico em um livro próprio, mas para obter mais informações sobre o paciente era necessário consultar o livro de registros de outros médicos (KLUCK; GUIMARÃES, 2014).

Em 1907 Plummer introduziu o registro por paciente, e em 1920 os médicos começaram a se preocupar com uma padronização e com a metodologia dos registros. Nos Estados Unidos os primeiros registros a serem arquivados foi em 1977. (KLUCK; GUIMARÃES, 2014).

Em 1943, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, foi a precursor na implementação de um SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística). (KLUCK; GUIMARÃES, 2014).

Atualmente com o aumento do trabalho em equipe, se exige ainda mais um prontuário com registros corretos e eficientes. Já a nomenclatura de prontuário médico está mudando para prontuário do paciente.

3.2 PRONTUARIO COMO FONTE DE INFORMAÇÃO

A principal função do prontuário é de facilitar o atendimento ao paciente, auxiliando a comunicação das equipes normalmente formada por multiprofissionais, que assegura continuidade do atendimento. E usado em internação ou no atendimento ambulatorial.

O prontuário serve de grande auxílio para o setor administrativo do hospital, nos aspectos financeiro e jurídico. Os registros que constam nos prontuários estão sendo cada vez mais utilizados para explicações de questões jurídicas e éticas envolvendo equipe médica e serviços de saúde.

O prontuário, não deve ser visto como um conjunto de formulários a serem preenchidos e organizados durante a rotina, e sim, algo que lhe foi confiado. A sua função é garantir a integridade, a qualidade, e confiabilidade, independente se o meio de preenchimento das informações do prontuário for escrito, por meio digital, magnético ou qualquer outra forma de registro dos dados.

3.3. PRONTUÁRIO: PREENCHIMENTO, CONTEÚDO E ORGANIZAÇÃO.

Como visto anteriormente, o prontuário tem a função de facilitar o atendimento ao paciente e a comunicação da equipe médica. Desta forma o

adequado preenchimento do prontuário, garante a qualidade da assistência, a facilidade da recuperação de informações para a pesquisa e a documentação legal do atendimento prestado. Portanto, é do interesse de todos os profissionais que atuam no hospital zelar pela sua qualidade. (GUIMARÃES; KLUCK, 2014).

Os registros feitos em qualquer tipo de documento do prontuário devem ser devidamente identificados, sendo obrigatórios a assinatura do profissional responsável, seu nome legível, número do seu registro profissional e data. (KLUCK; GUIMARÃES, 2014).

Todos os registros no prontuário devem ser feitos de forma legível, com caneta de tinta azul-escura ou preta. Não é permitido uso de carbono, de canetas com tinta de outras cores, com ponta porosa ou marcadores, pois os registros feitos com essas não são legíveis em cópias solicitadas por pacientes ou por autoridades legais. (KLUCK; GUIMARÃES, 2014).

No mesmo seguimento, deve ser evitada a rasura ou a destruição de documentos do prontuário bem como a colocação de observações em documentos preexistentes, como laudos de exames ou de consultorias. Se forem verificados erros ou enganos, esses devem ser apontados e corrigidos em um registro posterior, que faça referência aos problemas encontrados. Rasuras invalidam os documentos como prova processual. (KLUCK; GUIMARÃES, 2014).

A preservação do sigilo e da privacidade das informações sobre o paciente é dever e responsabilidade de todos os envolvidos na assistência, e o não cumprimento dessa determinação se caracteriza como infração ética e legal. O acesso a essas informações só pode ser permitido a pessoas autorizadas. Não são permitidas a reprodução, utilização e divulgação de documentos de prontuário para qualquer fim sem a autorização expressa do paciente ou responsável legal.

Nos dados de identificação devem conter as informações cadastrais básicas dos pacientes do hospital, essenciais para o contato com o paciente, familiar ou responsável. A elaboração de trabalhos científicos e a análise dos dados epidemiológicos.

O prontuário do paciente é único para cada paciente do hospital, reunindo nele todos os registros de atendimentos ambulatoriais, de emergência e de internação. Esses registros são organizados de uma forma que garante um ponto de

acesso às informações, e por esse motivo, são separados por áreas de atendimentos (ambulatório, internação, CTI etc.).

Os formulários devem ser padronizados, estando em destaque à identificação do paciente (nome e número) e a identificação do documento (nome do hospital, tipo de formulário) (GUIMARÃES; KLUCK, 2014).

Os registros e documentos são organizados na pasta do paciente de forma cronológica inversa ou decrescente ficando em destaque o último registro ou documento.

As formas de se organizar o conteúdo do prontuário podem ser adotadas, de acordo com as características de atendimento de cada hospital e com a cultura médica local.

Segundo o Conselho Federal de Medicina 2002, devem fazer parte do prontuário do paciente os seguintes itens: identificação do paciente (nome completo data de nascimento, nome da mãe, sexo, naturalidade, endereço); anamnese e exames físicos, exames complementares, hipótese diagnóstica, diagnóstico definitivos, tratamento efetuado, evolução diária, discriminação de todos os procedimentos realizados e identificação dos profissionais responsáveis.

Na subdivisão do prontuário referente aos atendimentos ambulatoriais deverão constar os seguintes documentos:

Anamnese e exame físico: informações coletadas na primeira consulta ambulatorial em cada especialidade no hospital.

Notas de evolução: registro cronológico das consultas ambulatoriais nas diversas especialidades.

- Resultados de exames: idem ao sumário de exames da internação.
- Laudos de exames: idem à internação. (KLUCK; GUIMARÃES, 2014).

Na subdivisão dos prontuários, referente ao atendimento na emergência deve constar os mesmos documentos da internação. Nos casos de pacientes que tenham permanecido nesse setor por um período maior do que 24 horas. Além desses, encontraremos dois documentos específicos desse setor, que são o boletim de atendimento na emergência e a evolução da emergência.

O prontuário se organiza da seguinte maneira:

- Sumário
- Nota de Alta
- AIH

- Laudo Complementar
- Nota de Sala
- Relatório de Cirurgia
- Relatório de Anestesia
- Memorando de Internação
- Admissão de Enfermagem
- Prescrições
- Evolução
- Exames em Geral
- Consultorias
- Registros de Cuidados/ Protocolo de Quedas
- Boletim de Atendimento
- Folha de Atendimento
- Folha de Internação com Prescrição
- Folha de Fluxo
- Cuidados Operatórios
- Cuidados Intensivos
- Antecedentes de Imunização
- Encaminhamento para Doador
- Outros
- Avaliação Nutricional
- Informações Cadastrais
- Documentos e exames Externos

3.4. O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

O prontuário eletrônico (PEP) foi criado para documentar as informações da doença dos pacientes e se transformar em um instrumento que incorpora inúmeras funções.

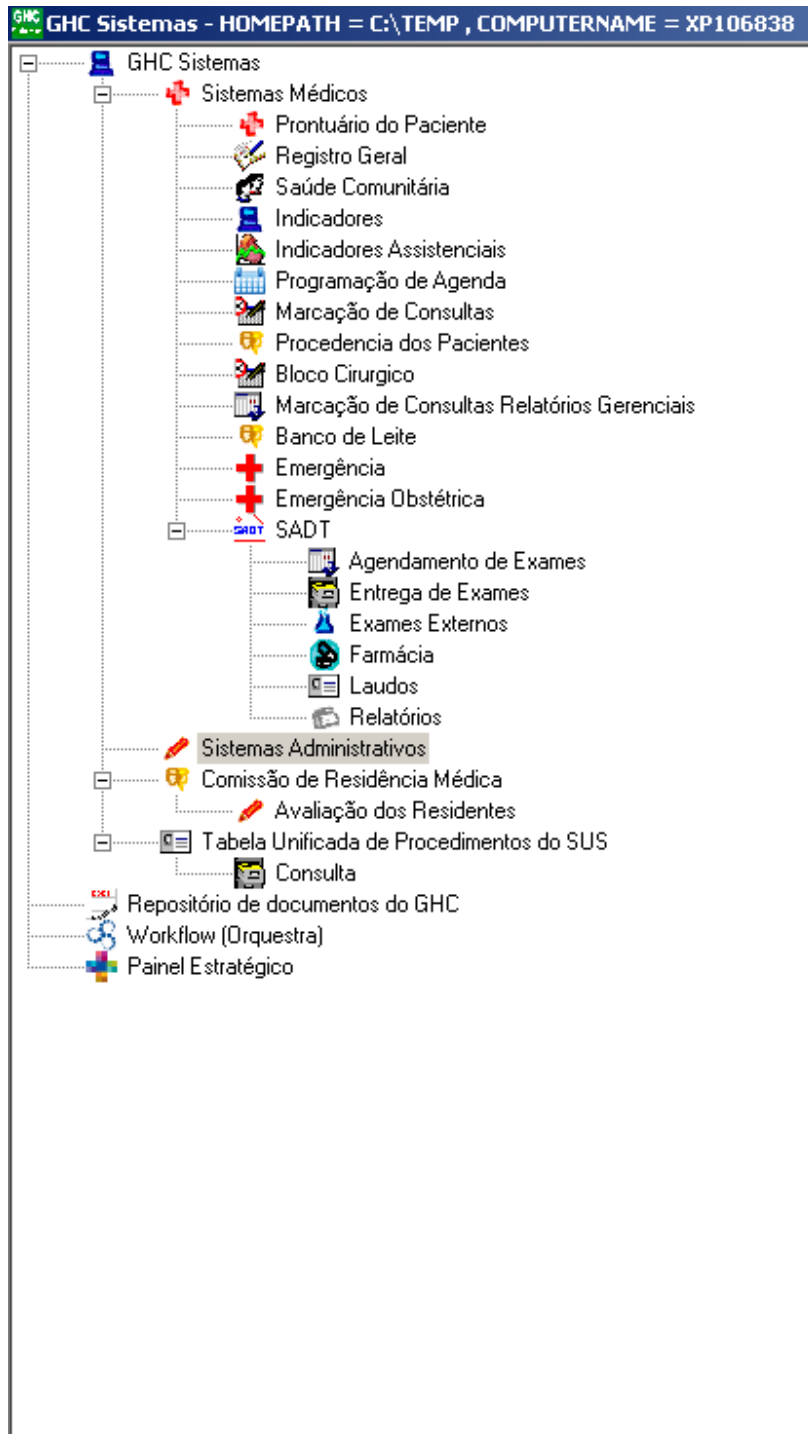
É o entendimento de THOFEHRN e LIMA (2006) que citam

O PEP (Prontuário Eletrônico do Paciente), que foi criado, inicialmente, para documentar as informações da doença do paciente, transformou-se em instrumento complexo, incorporando entre as inúmeras funções, uma base de compartilhamento de informações entre diferentes profissionais. Ou seja, além de manter o registro eletrônico da história clínica do paciente, incorpora mecanismos de geração de alertas e integra ferramentas que permitem a comunicação, de forma legível, entre diferentes profissionais, entre profissionais e pacientes, e entre profissionais e hospitais e provedores de serviços complementares.

O PEP é muito mais seguro do que o prontuário em papel e as informações podem ser compartilhados automaticamente com outros profissionais que estão cuidando do paciente, possibilitando a continuidade da atenção integral à saúde. Assim como no registro, na comunicação, na transmissão e na autorização de um procedimento ambulatorial e hospitalar, de internação hospitalar, de resultado e

laudo de exame, de receita médica e das demais informações de saúde, facilitando a comunicação no setor de internação com o ambulatório.

Abaixo algumas imagens do prontuário eletrônico:



Fonte: Imagem retirada do GHC Sistemas, sistema informatizado do Grupo Hospitalar Conceição, 2016.



Fonte: Imagem retirada do GHC Sistemas, sistema informatizado do Grupo Hospitalar Conceição, 2016.

CADASTRO DE PACIENTES [?] [X]

Cadastro

Informações Pessoais | Outras Informações

Nome Registro Cartão SUS

Estado Civil Sexo Cor Data de Nasc.

Tipo de Documento Nr. do Documento Orgão Exp. Data de Exp. CPF Cartão Ponto

Nacionalidade Naturalidade Estado

Profissão/Ocupação Grau de Instrução

Cep Cidade Bairro

Logradouro Número Complemento

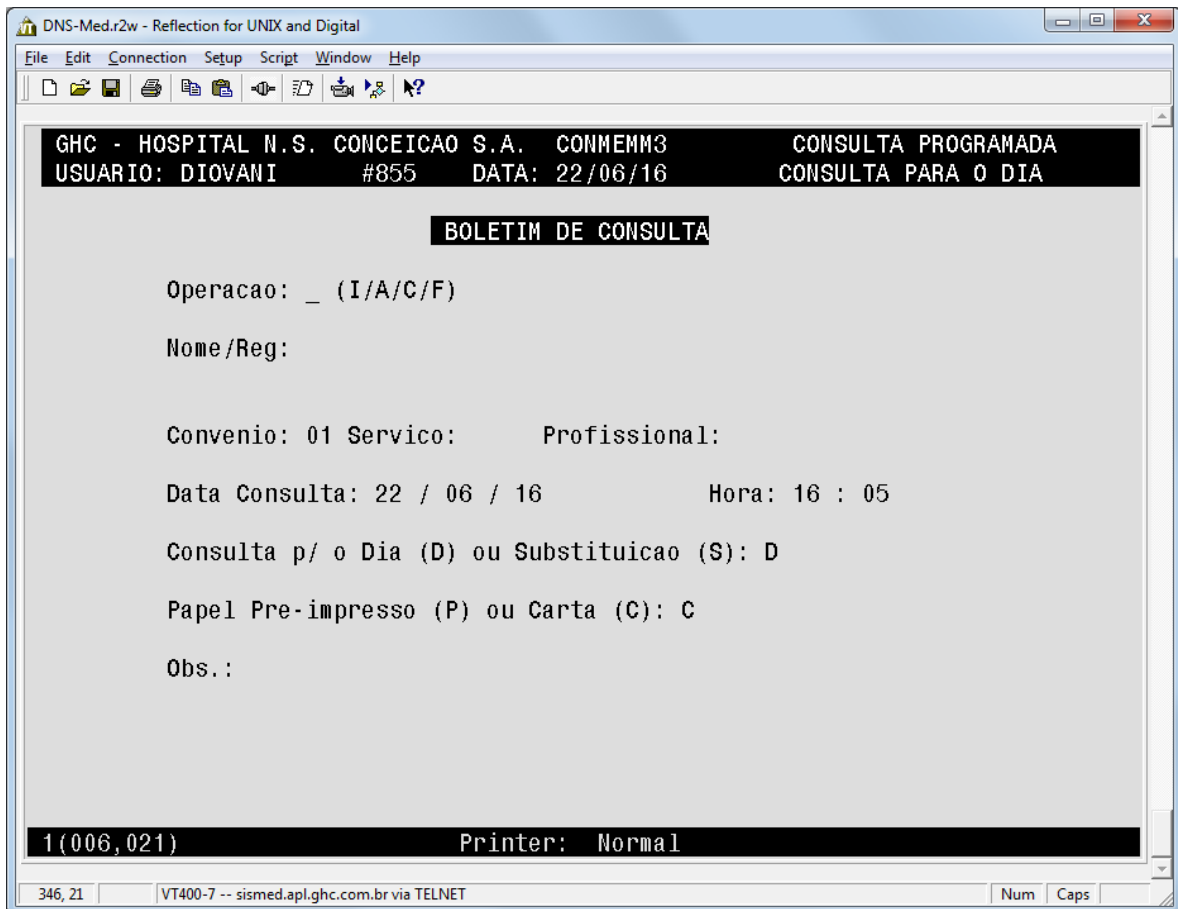
Estado E-mail

DDD Fone DDD Fone DDD Fone

DDD Fone DDD Fone DDD Fone

End. Ant.:

Fonte: Imagem retirada do GHC Sistemas, sistema informatizado do Grupo Hospitalar Conceição, 2016.



Fonte: Imagem retirada do GHC Sistemas, sistema informatizado do Grupo Hospitalar Conceição, 2016.

Vantagens e inconvenientes do PEP x Prontuário em Papel:

Prontuários	Vantagens	Inconvenientes
Prontuário Papel	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Maior liberdade na maneira de escrever; ➤ Facilidade no manuseio; ➤ Não requer treinamento para seu manuseio; e ➤ Nunca fica “fora do ar” 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ilegibilidade em decorrência dos “hieróglifos” da equipe de saúde; ➤ Espaço único, territorialização; ➤ Ambigüidade ➤ Perda frequente de informações; ➤ Multiplicidade de pastas; ➤ Dificuldade de acesso e de pesquisa coletiva; ➤ Falta de padronização; e ➤ Fragilidade do papel
Prontuário Eletrônico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Redução no tempo de atendimento e custo, 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manutenção dos prontuários em papel

	<p>eliminação da redundância na demanda de exames;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Desterritorialização; ➤ Possibilidade de reconstrução histórica e completa dos casos acerca dos pacientes, registros médicos, tratamentos, laudos...; ➤ Contribuição para pesquisa; ➤ Fim do problema de compreensão dos “hieróglifos” da equipe de saúde; ➤ Facilidade na organização e no acesso às informações; ➤ Racionalidade do espaço de arquivamento de grandes quantidades de documentos; e ➤ Comunicação entre pacientes e a equipe de saúde. 	<p>para fins jurídicos, em virtude da indefinição legal dos documentos eletrônicos;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Necessidade de grande investimento em hardware, software e treinamento; ➤ Resistência a mudanças; ➤ Falhas na tecnologia; ➤ Falhas no sistema de fornecimento de energia elétrica.
--	--	---

Fonte: (PINTO 2006)

3.5 PRONTUÁRIOS ESPECIAIS

Os prontuários, apesar de terem pontos comuns, diferenciam-se uns dos outros na forma de utilização de determinados formulários específico de acordo com as especialidades, sendo-lhes peculiares. São exemplos de prontuários específicos: prontuário em obstetrícia; prontuário do recém-nascido; prontuário de emergência; prontuário de atendimento ambulatorial.

➤ Prontuário em Obstetrícia

Os registros feitos nos prontuários em obstetrícia abrangem a seguinte etapa:

1- Pré-natal: do início da gestação até o nascimento da criança, a partir da primeira consulta da gestante;

2- parto: abrange o início do trabalho de parto, as ocorrências durante o parto e as condições relativas ao nascimento da criança;

3- puerpério: a partir do término do parto até 42 dias depois. As ocorrências durante esse período são medidas de morbi-mortalidade materna. Quase todas as

informações referentes a esse estágio são de responsabilidade dos funcionários da enfermagem.

➤ **Prontuário recém-nascido**

Embora não haja norma definida sobre a localização deste prontuário são dois procedimentos usuais:

1- O prontuário do recém-nascido é incorporado ao da mãe, procedimento comum em instituições de saúde que dispõem de clínicas obstétrica, mas não de clínica pediátrica. É muito freqüente nas chamadas maternidades porque, nesse caso, não há possibilidade de a criança se tornar paciente do hospital. Assim, seus registros ficam incorporados ao da mãe.

2- É aberto um prontuário para o recém-nascido, separado da mãe, com o número próprio. O procedimento é comum nos hospitais que dispõem de obstetrícia e pediatria, pois nessas instituições, há probabilidade de que a criança seja acompanhada pela equipe de pediatria do hospital, podendo tornar-se ela mesmo paciente.

Entretanto, há uma situação que obriga qualquer hospital até mesmo maternidade, a abrir um prontuário para o recém-nascido. Isso ocorre quando a mãe recebe alta e criança necessita ficar internada no hospital.

➤ **Prontuário de Emergência:**

Os registros da emergência são de grande importância para a unidade de saúde, principalmente pela grande incidência de casos de acidentes decorrentes de violência, atropelamento etc., bem como pacientes com risco de morte. Constituem por isso casos específicos para médicos-legais.

Tais casos exigem que a unidade preste uma série de esclarecimento a justiça. As informações são retiradas quase que exclusivamente dos registros de emergência médica e do registro policial.

➤ **Prontuário de Atendimento Ambulatorial**

Estes prontuários são geralmente mais resumidos do que o dos pacientes internados, entretanto, os formulários devem ser o mesmo dos pacientes hospitalizados. Da mesma forma, quando um paciente é internado, todas as informações existentes antes da sua hospitalização (ambulatorial ou emergência) devem estar disponíveis no prontuário.

4. VIVÊNCIA NO POSTO DE INTERNAÇÃO 3B1

Durante minha vivência em Práticas Simulada Profissional II, no posto de internação 3B1 Cirurgia Vascular do HNSC, constatei que os prontuários são anexados em “prancheta”. Essa prancheta é identificada com o leito do paciente, e toda a equipe tem acesso a ela. Nela constam os exames, prescrições, e demais documentos do paciente. Quando há excesso de documentação, a secretária do posto as retira e coloca em um envelope pardo, identificado com o leito do paciente. Diariamente, é atualizado este envelope pardo com as prescrições e evolução, a secretária do posto que me explicou que devo ter cuidado ao guardar as prescrições verificando se na lista de pacientes os leitos do paciente são os mesmo que consta no envelope.

Pela manhã, a secretária retira o censo hospitalar do posto de internação, demonstrando a rotatividade dos pacientes internados. Já, no final do expediente ela, retira os relatórios de cirurgias para o próximo dia.

O leito de isolamento se localiza na entrada, antes da entrada do setor e ao passar a porta, há mais dois leitos de isolamento, onde há carrinhos com o material necessário para prestar atendimento aos pacientes sem se contaminar.

O posto da secretária fica quase em frente ao leito de isolamento, onde visualizei um computador em uma mesa ampla, um telefone próximo dele, onde há anotações de vários ramais e destaque o ramal da parada cardíaca. A secretária me explicou que neste ramal ficam funcionários á disposição com os equipamentos para socorrer pacientes neste caso.

Há uma divisória onde fica a impressora e as pastas dos pacientes, mais dois computadores para uso dos médicos e enfermeiros, e uma extensão do ramal.

Do outro lado técnicas em enfermagem organizam os medicamentos dos pacientes, onde ficam também as pranchetas dos pacientes organizadas por ordem de leitos.

Todos os funcionários usam roupas azuis, inclusive a secretária. Os únicos que usam somente suas roupas e avental são os médicos. Outro lugar que é fechado com chave é uma gaveta com medicamentos.

Havia um mural e nele são colocadas as ouvidorias, porém, durante minha passagem ele se transformou em um quadro onde consta o nome dos pacientes, leitos, tipo de curativos, dietas, e os turnos da enfermagem. Esse quadro é atualizado pela enfermeira do andar minuto a minuto, pois toda hora muda o quadro do paciente principalmente a dieta se ele for para cirurgia.

A secretária me esperava diariamente com as prescrições para serem guardadas nas pastas dos pacientes. Ao organizar uma alta constatei que nas evoluções continha os CID das doenças dos pacientes e que acrescentava novo CID com o tempo.

Ao receber a alta o paciente recebe uma pesquisa de satisfação para preencher.

Nos finais de semana há uma secretaria plantonista que assume todas as unidades de internação, realizando somente funções essenciais para o andamento do setor.

A função da secretaria é extremamente importante para o andamento do setor, pois a alta bem organizada auxilia o faturamento. Durante minha vivência não presenciei nenhum óbito, nem parada cardíaca.

Listei algumas das atividades diárias de um secretario de posto

- Verificar se há papel na impressora;
- Lista dos pacientes (2cópias);
- Fixar lista dos pacientes no mural;
- Censo (2 cópias);
- Altas hospitalares;
- Baixas hospitalares;
- Óbitos;
- Checar se algum paciente tem alta no sistema transferência;
- Arquivar a passagem de plantão;
- Arquivar a lista de paciente;
- Arquivar o censo;
- Guardar as prescrições;
- Lista de cirurgia após as 16h00min

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Curso Técnico em Registros e Informações em Saúde me proporcionou explorar um campo em que eu não tinha conhecimento, sobre o trabalho do funcionário no setor administrativo na área da saúde, onde há vários profissionais que trabalham para o cuidado e tratamento do paciente.

Tive a oportunidade de aprender e passar as informações corretas, para que o paciente compreenda o que está lhe sendo passado. Isso me fez notar que há uma falta de qualificação de alguns funcionários, e esta deveria estar presente para que eles percebam a importância do prontuário e os cuidados que se deve ter ao manuseá-los. Outro cuidado que se deve ter é ao falar e lidar com os pacientes.

Vejo que na área da saúde devemos registrar todas as informações dos pacientes. Noto que há algumas folhas de evolução e boletins de atendimento, que as informações são de difícil entendimento. Penso que o prontuário eletrônico vem para facilitar estes problemas, de grafia e de entendimento proporcionando neste sentido, segurança nas informações contidas. O volume de informações e papéis seria menor, pois evitaria o extravio de documentos.

Devemos encontrar uma forma de atender os prestadores do serviço e dos usuários com uma comunicação eficaz e com mais humanização.

REFERÊNCIAS

BRASIL.Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Institucional GHC**. 2016. Disponível em:

<<https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional>>.Acesso em: 16 maio 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 1.638/2002**. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. 2002. Disponível em:

<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm>. Acesso em: 21 jun 2016.

GALVAO, M. C. B; GIMENES, C. L. Z. **O prontuário do paciente enquanto fonte de informação para pesquisa em saúde: uma reflexão necessária**.

2015. Disponível em:

<http://www.ofaj.com.br/colunas_conteudo.php?cod=919> Acesso em: 12 jun. 2016

KLUCK, Mariza Machado; GUIMARÃES, José Ricardo. **Prontuário de pacientes finalidades preenchimento e questões éticas e legais**. 2014.

Disponível em:

<http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/5795/prontuario_de_pacientes_finalidades_preenchimento_e_questoes_eticas_e_legais.htm#>.

Acesso em: 21 jun. 2016.

MUNCK, Sérgio (Coord.) et al. **Textos de apoio em registros de saúde**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999

PINTO, Virgínia Bentes. Prontuário eletrônico do paciente: Documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde. **Enc. Bibli: R. Eletr.**

Bibliotecon. Ci. Inf., Florianópolis, n.21, 1º sem. 2006. Disponível em: <

<http://www.hmtj.org.br/arquivos.hmtj/prontuario.pdf>>. Acesso em 13 jun 2016.

THOFEHRN, C.; LIMA, W. C. Prontuário eletrônico do paciente: a importância da clareza da informação. **Revista Eletrônica de Sistemas de Informação**, v. 5, n. 1, p. 1-5, 2006. Disponível em:

<<http://www.spell.org.br/documentos/ver/26514/prontuario-eletronico-do-paciente-----a-importancia-da-clareza-da-informacao>>. Acesso em: 22 maio 2016.