

**Evaluation of medical records  
in an academic outpatient unit  
in Vila Velha, ES**

**| Avaliação do registro médico nos  
prontuários de um ambulatório de  
ensino, Vila Velha, ES**

**ABSTRACT | Introduction:** *The medical record is a powerful tool that allows the treating physician to track the patient's medical history and identify problems or patterns that may help determine the course of health care. In spite of their well-acknowledged importance, these records are sometimes incomplete or even incomprehensible. Objective: To analyze medical record first appointments, with a focus on completion of all fields in the patients' handbooks. Methods: All handbooks registering the first medical appointment at Vila Velha University (UVV) Integral Attention Ambulatory, from August 2010 to December 2011, were included in the study. Chi-square test and Fisher's exact test were used to tabulate results. Results: The majority of the handbooks were from community family medicine (40,5%). The SOAP patient charting (Subjective, Objective, Assessment and Plan) was the most prevalent (78%). The most common registered information on the handbooks were the main complaint (99,2%), the current disease history (92%), the segmental exam (93,4%), the therapeutic plan (91,2%) and the physician identification (100%). All the geriatrics registers fit the SOAP model (100%) and contained system revision (100%). The International Classification of Diseases (ICD-10) (90,4%) and the International Classification of Primary Care (ICPC) (90,5%) were more frequent in the orthopedic handbooks and the problem list and the diagnostic hypotheses were mainly found in the geriatric handbooks (77% e 95%). Conclusion: The main complaint, the current disease history and the segmental exam were the most prevalent items registered in the handbooks. Further studied are needed to investigate the factors underlying incomplete medical records.*

**Keywords |** Medical Records; Education; Medical; Quality of Health Care.

**RESUMO | Introdução:** O prontuário é um documento de registro do atendimento prestado no serviço de saúde. Apesar de sua importância, muitas vezes as informações apresentam-se incompletas e até incompreensíveis. **Objetivo:** Analisar as características do registro médico, referentes à primeira consulta, quanto à completitude dos campos do prontuário do paciente. **Métodos:** Foram elegíveis todos os prontuários referentes à primeira consulta médica realizada no Ambulatório de Atenção Integral da Universidade Vila Velha (UVV), de agosto de 2010 a dezembro de 2011. Na análise utilizou-se o Teste Qui-quadrado e Exato de Fisher. **Resultados:** A maioria dos prontuários eram da especialidade de medicina de família e comunidade (40,5%). O modelo de registro SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) foi o mais utilizado (78%). As informações mais registradas nos prontuários foram a queixa principal (99,2%), a história da doença atual (92%), o exame segmentar (93,4%), o plano terapêutico (91,2%) e a identificação do médico (100%). Todos os registros da geriatria foram no modelo SOAP (100%) e tinham revisão de sistemas (100%). A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (90,4%) e a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) (90,5%) foram mais frequentes nos prontuários da ortopedia, enquanto a lista de problemas e a hipótese diagnóstica, nos prontuários da geriatria (77% e 95%). **Conclusão:** A queixa principal, a história da doença atual e o exame segmentar foram os itens com as maiores prevalências de registro nos prontuários. Há necessidade de investigar os fatores que estão influenciando no preenchimento incompleto do prontuário.

**Palavras-chave |** Registros Médicos; Educação Médica; Qualidade da Assistência à Saúde.

<sup>1</sup>Universidade de Vila Velha. Vila Velha/ES, Brasil

## INTRODUÇÃO |

O prontuário é um documento único, que possui todas as informações referentes às condições, situações e fatos sobre a saúde e o atendimento prestado ao paciente no serviço de saúde, seja este realizado por qualquer profissional<sup>1,2,3</sup>. Além de possuir caráter sigiloso, legal e científico, o prontuário possibilita a comunicação entre os membros da equipe de saúde e a continuidade da assistência prestada, bem como subsidia a gestão, o ensino e a pesquisa em saúde<sup>4,5</sup>.

Objetivando melhoria da qualidade desse registro, em 2002 o Conselho Federal de Medicina publicou resolução estabelecendo normas sobre o registro médico no prontuário<sup>5</sup>, a qual sofreu modificações em 2013. O registro em saúde deve ser completo, coerente, legível<sup>6</sup> e conter informações acerca das condições do paciente, tais como: identificação, anamnese (queixa principal, história da doença atual, história familiar, história pessoal), exame físico, exame do estado mental, hipóteses diagnósticas, exames complementares, diagnóstico, conduta, prognóstico, sequelas e causa da morte<sup>7</sup>. Ademais, o prontuário é um meio de comunicação e troca de conhecimentos entre os profissionais da equipe sobre as condições do paciente e os cuidados prestados. Visando ao fortalecimento do trabalho em equipe, o Ministério da Saúde propõe um prontuário transdisciplinar, a partir da publicação da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS)<sup>8</sup>.

No Brasil, na década de 1980, surgem pesquisas avaliativas sobre a qualidade do registro no prontuário, as quais vêm apontando para baixa qualidade desse registro em saúde, como elevada frequência de diagnósticos ilegíveis, incoerentes e até mesmo ausentes<sup>9</sup>, falta de itens básicos<sup>10</sup> e registro inadequado<sup>11</sup>. Reforçando a importância de um registro de qualidade, estudo avaliando centros de saúde pediátricos identificou associação entre uso de registro em saúde com a melhoria da qualidade do cuidado<sup>12</sup>.

Com o surgimento do prontuário eletrônico em meados do século XIX, em substituição ao registro em papel, esperava-se uma melhor estruturação do registro no prontuário<sup>2</sup>, possibilitando melhorias no compartilhamento das informações, na qualidade da assistência, na eficiência de processos clínicos e na redução de erros médicos<sup>13</sup>. Porém o estudo realizado por Linder et al.<sup>14</sup> não encontrou associação entre registro eletrônico com a melhoria da qualidade na atenção ambulatorial. Semelhante resultado foi observado em uma revisão da qualidade dos dados dos

registros eletrônicos, onde os pesquisadores enfatizaram a falta de padrões, dificultando a comparação das informações<sup>15</sup>. Revisão da literatura sobre melhoria da qualidade aponta que a completude das informações deve ser o primeiro passo para melhoria da qualidade do registro<sup>16</sup>. Opostamente, Wager et al.<sup>17</sup> observaram, após implementação de registro eletrônico, melhorias no gerenciamento do prontuário, na estrutura organizacional e na comunicação entre os médicos e entre estes e os provedores dos serviços.

O prontuário eletrônico tem um papel importante no aperfeiçoamento do registro em saúde, facilitando a comunicação entre médicos e pacientes, no compartilhamento de informações entre os prestadores de serviços de saúde e no rápido acesso às informações. Todavia há necessidade de medidas claras para análise da qualidade desse registro e do estabelecimento de padrões de registro das informações, possibilitando posteriormente a comparabilidade dos resultados e avaliação da qualidade<sup>15</sup>.

Sendo assim, este estudo objetivou analisar as características do registro médico em prontuário eletrônico dos atendimentos realizados no Ambulatório de Atenção Integral da Universidade Vila Velha (UVV), referentes à primeira consulta, quanto à completude de campos do prontuário do paciente.

## MÉTODOS |

Estudo transversal, realizado no Ambulatório de Atenção Integral, localizado na Policlínica da UVV, em Vila Velha - ES. A Policlínica pertence à Universidade Vila Velha (UVV). Dispõe de atendimento clínico individualizado nas áreas de: Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Enfermagem, Estética, Fisioterapia e Medicina. O agendamento é por demanda espontânea ou referenciado pelas unidades de saúde de vários municípios do Estado. Em 2012, foram realizados em torno de 23.000 atendimentos aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e 15.110 atendimentos particulares.

O Ambulatório de Atenção Integral do Curso de Medicina, implantado em 2010, atende às especialidades médicas nas áreas de: medicina de família e comunidade, ginecologia e obstetrícia, ortopedia, geriatria, oftalmologia e ultrassonografia. Nele são realizados atendimentos médicos

pelos alunos do Curso de Medicina do oitavo período e do Internato, acompanhados por preceptores médicos. O registro médico é realizado em prontuário eletrônico.

Todos os prontuários gerados no Ambulatório de Atenção Integral, nas especialidades de medicina de família e comunidade, ginecologia e obstetrícia, ortopedia e geriatria, referentes à primeira consulta, no período de agosto de 2010 a dezembro de 2011, foram analisados. A investigação foi realizada na primeira consulta, por entender que esta é a mais completa, na qual o médico deverá coletar todas as informações importantes e relevantes para o bom acompanhamento da pessoa<sup>18</sup>. Portanto, foram excluídos os prontuários dos pacientes atendidos nas especialidades de oftalmologia e ultrassonografia, por entender que se trata de especialidades médicas muito focadas em um único sistema do organismo humano, não necessitando do registro completo da anamnese e do exame físico do paciente para suspeita diagnóstica e conduta.

A escolha das variáveis utilizadas neste estudo para avaliação da qualidade do registro médico foi baseada na Resolução nº 2056/2013 do Conselho Federal de Medicina<sup>7</sup>. Os dados extraídos dos prontuários foram registrados em formulário estruturado, pré-codificado e previamente testado, contendo as seguintes informações: (i) *características do registro*: modelo/estrutura do registro (modelo SOAP - modelo de registro médico orientado por problemas e centrado na pessoa<sup>19</sup>; ou modelo centrado no médico - prontuário que não tinha o modelo de registro orientado por problemas no formato SOAP); classificação médica pela Classificação Internacional de Doenças versão 10 (CID-10) e pela Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP); (ii) *anamnese*: queixa principal; revisão de sistemas; história da doença atual; história de DST (doença sexualmente transmissível); imunização; antecedentes de endemia; acidentes ou violências; antecedentes fisiológicos; antecedentes patológicos; hábitos de vida; antecedentes familiares; (iii) *exame físico*: impressão geral; peso; altura; índice cintura quadril; índice de massa corporal; pulso radial; frequência respiratória; pressão arterial; exame segmentar; (iv) *diagnóstico*: lista de problemas; hipóteses diagnósticas; (v) *conduta*: plano terapêutico; plano educacional; (vi) *identificação profissional*: nome do aluno; nome do professor. A maioria das variáveis foi classificada em duas categorias: presente (quando as informações estavam completamente preenchidas) ou ausente. Algumas variáveis, além dessas duas categorias, tiveram a categoria *parcial*, a qual foi considerada na presença de alguma informação sobre a variável no prontuário, porém não na sua completude.

Um único pesquisador foi treinado e extraiu as informações dos prontuários, as quais foram digitadas e consolidadas no programa Excel, com dupla digitação e checagem da consistência e amplitude. Para as análises descritivas e bivariadas, foi utilizado o programa estatístico STATA, versão 13.0. Realizou-se o Teste do Qui-quadrado e Exato de Fisher para as associações entre as variáveis explanatórias (especialidades médicas) e os desfechos (variáveis indicadoras de qualidade), com nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vila Velha, sob registro nº 1883212.8. A pesquisa foi autorizada pela Direção da Policlínica da UVV, por ser a responsável pela guarda dos prontuários, e somente após concordância explícita é que a pesquisa foi iniciada.

## RESULTADOS |

Do total de 557 prontuários, 56 (10%) foram excluídos da amostra por estarem em branco. Dos 501 prontuários avaliados, 40,5% eram da especialidade de medicina de família e comunidade, 31,3% da ortopedia, 23,8% da ginecologia e obstetrícia e 4,4% da geriatria (Tabela 1).

Em relação ao modelo de registro das informações no prontuário, 78,0% utilizou o modelo centrado na pessoa (SOAP) (Tabela 1). A geriatria empregou o SOAP em 100% dos atendimentos, seguido da ortopedia com 86,0%. A medicina de família e comunidade e a ginecologia foram as especialidades que menos usaram em suas consultas o modelo de registro centrado na pessoa (Tabela 2).

A CID-10 e a CIAP foram utilizadas em 81,0% e 80,6% dos prontuários, respectivamente (Tabela 1). Essas classificações estiveram presentes em, aproximadamente, 90% dos registros da ortopedia. A medicina de família e comunidade utilizou a CID-10 e a CIAP em 81,8% e 81,2%, respectivamente. Contrariamente, essas classificações não foram utilizadas em 64% dos atendimentos realizados pela geriatria (Tabela 2).

Na anamnese, as informações preenchidas, na maioria dos prontuários, foram a queixa principal (99,2%) e a história da doença atual (92,0%). Entretanto, as informações com as menores prevalências de registro foram a história de DST (0,6%), antecedentes de endemias (1,2%), antecedentes

Tabela 1 - Descrição das informações registradas no prontuário. Policlínica da UVV, Vila Velha - ES, 2010 a 2011

Informações do prontuário	Amostra N=501*	%
<b>Especialidade médica</b>		
Ortopedia	157	31,3
Geriatria	22	4,4
Medicina de família	203	40,5
Ginecologia	119	23,8
<b>Modelo/estrutura do registro</b>		
SOAP	391	78,0
Centrado no médico	110	22,0
<b>Classificação médica</b>		
CID-10	405	81,0
CIAP	403	80,6
<b>Anamnese</b>		
Queixa principal	496	99,2
Revisão de sistemas	80	16,0
História da doença atual	461	92,0
História de DST	3	0,6
Imunização	48	9,6
Antecedentes endemias	6	1,2
Acidentes ou violências	50	10,0
Antecedentes fisiológicos	41	8,2
Antecedentes patológicos	324	64,7
Hábitos de vida	269	53,7
Antecedentes familiares	227	45,3
<b>Exame físico</b>		
Impressão geral	299	59,7
Peso	132	26,3
Altura	111	22,2
Índice cintura quadril	0	0
Índice de massa corporal	80	16,0
Pulso radial	256	51,1
Movimentos respiratórios	137	27,3
Pressão arterial	358	71,5
Exame segmentar	468	93,4
<b>Diagnóstico</b>		
Lista de problemas	260	51,9
Hipóteses diagnósticas	371	74,1
Exames diagnósticos	327	65,3
<b>Conduta</b>		
Plano terapêutico	457	91,2
Plano educacional	190	37,9
<b>Identificação</b>		
Nome do aluno	413	82,4
Nome do professor	501	100,0

Informações presentes nos prontuários. \*Prevalência das variáveis pode não somar 501 por causa da falta de dados. SOAP: subjetivo, objetivo, avaliação e plano. CID-10: Classificação Internacional de Doenças, versão 10. CIAP: Classificação Internacional de Atenção Primária. DST: doença sexualmente transmissível.

fisiológicos (8,2%), imunização (9,6%) e acidentes ou violências (10,0%) (Tabela 1). Não foi encontrada diferença entre as especialidades, em relação às prevalências de registro da queixa principal ( $p=1,00$ ) e história da doença atual ( $p=0,58$ ), as quais estavam presentes em mais de 90% dos atendimentos realizados pelas especialidades avaliadas. Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos itens imunização ( $p=0,36$ ) e antecedentes de endemias ( $p=0,34$ ), cujas informações encontravam-se ausentes na maioria dos prontuários (Tabela 2).

No exame físico, as informações mais registradas nos prontuários foram o exame segmentar (93,4%) e a pressão arterial (71,5%). O índice cintura quadril (ICQ) não foi encontrado em nenhum dos prontuários avaliados, assim como o índice de massa corporal (16,0%), o peso (26,3%) e a altura (22,2%), que foram itens do exame físico com baixa prevalência de registro (Tabela 1). Diferenças estatisticamente significativas foram observadas em todos os itens avaliados no exame físico, exceto para o exame segmentar ( $p=0,95$ ), onde mais de 90% dos prontuários, de todas as especialidades, continham registro sobre esse exame. O registro da pressão arterial ( $p<0,001$ ) esteve presente em, aproximadamente, 86,4% e 85,3% dos prontuários da geriatria e da ortopedia, respectivamente (Tabela 2).

Em relação ao diagnóstico, pouco mais da metade dos prontuários tinham lista de problemas (51,9%). A maioria utilizou hipótese diagnóstica (74,1%) e, em 65,3% das consultas, havia solicitações de exames complementares (Tabela 1). Todos os itens avaliados no diagnóstico tiveram diferenças estatisticamente significativas entre as especialidades médicas. A geriatria foi a especialidade que apresentou as maiores prevalências — 95,5% dos prontuários tinham informações sobre hipóteses diagnósticas, 86,4% sobre exames diagnósticos, e 77,3% continham uma lista de problemas. As menores prevalências foram observadas nos prontuários da ginecologia/obstetrícia, nos quais somente 42,0% havia lista de problemas e 60,5% possuíam hipóteses diagnósticas. O registro de solicitação de exames diagnósticos teve menor prevalência na especialidade de medicina de família e comunidade, na qual 42,4%, do total de prontuários dessa especialidade, tinham registro de solicitação de exames diagnósticos (Tabela 2).

O plano terapêutico foi registrado em 91,2% dos prontuários, todavia o plano educacional esteve presente em, somente, 37,9% (Tabela 1). Única diferença estatisticamente

Tabela 2 - Prevalência do modelo/estrutura do registro e classificação médica por especialidade médica. Policlínica da UVV, Vila Velha - ES, 2010 a 2011

	<b>Ortopedia (N=157)</b>	<b>Geriatria (N=22)</b>	<b>Medicina de Família (N=203)</b>	<b>Ginecologia (N=119)</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Modelo/estrutura do registro*</b>				
SOAP	135 (86,0)	22 (100,0)	148 (72,9)	86 (72,3)
Centrado no médico	22 (14,0)	0 (0,0)	55 (27,1)	33 (27,7)
<b>Classificação médica</b>				
CID-10*	141 (90,4)	8 (36,4)	166 (81,8)	90 (75,6)
CIAP*	142 (90,5)	8 (36,4)	164 (81,2)	89 (74,8)
<b>Anamnese</b>				
Queixa principal	155 (99,4)	22 (100,0)	201 (99,0)	118 (99,2)
Revisão de sistemas*	40 (25,5)	22 (100,0)	38 (18,7)	2 (1,7)
História da doença atual	145 (92,4)	22 (100,0)	184 (90,6)	110 (92,4)
História de DST*	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (2,5)
Imunização	20 (12,7)	1 (4,5)	19 (9,4)	8 (6,7)
Antecedentes endemias	4 (2,5)	0 (0,0)	2 (1,0)	0 (0,0)
Acidentes ou violências*	26 (16,6)	2 (9,1)	18 (8,9)	4 (3,4)
Antecedentes fisiológicos*	22 (14,0)	0 (0,0)	18 (8,9)	1 (0,8)
Antecedentes patológicos*	111 (70,7)	16 (72,7)	129 (63,5)	68 (57,1)
Hábitos de vida*	92 (58,6)	8 (36,4)	97 (47,8)	72 (60,5)
Antecedentes familiares*	77 (49,0)	2 (9,1)	76 (37,4)	72 (60,5)
<b>Exame físico</b>				
Impressão geral*	102 (65,0)	16 (72,7)	91 (44,8)	90 (75,6)
Peso*	40 (25,5)	14 (63,6)	42 (20,7)	36 (30,2)
Altura	34 (21,7)	13 (59,1)	33 (16,3)	31 (26,0)
Índice cintura quadril*	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Índice de massa corporal*	25 (15,9)	11 (50,0)	23 (11,3)	21 (17,7)
Pulso radial*	103 (65,6)	14 (63,6)	93 (45,8)	46 (38,7)
Frequência respiratória*	51 (32,5)	10 (45,4)	48 (23,6)	28 (23,5)
Pressão arterial*	134 (85,3)	19 (86,4)	119 (58,6)	86 (72,3)
Exame segmentar	148 (94,3)	21 (95,4)	188 (92,6)	111 (93,3)
<b>Diagnóstico</b>				
Lista de problemas*	95 (60,5)	17 (77,3)	98 (48,3)	50 (42,0)
Hipóteses diagnósticas*	134 (85,4)	21 (95,5)	144 (70,9)	72 (60,5)
Exames diagnósticos*	122 (77,7)	19 (86,4)	86 (42,4)	100 (84,0)
<b>Conduta</b>				
Plano terapêutico*	152 (96,8)	21 (95,5)	173 (85,2)	111 (93,3)
Plano educacional	53 (33,8)	10 (45,4)	80 (39,4)	47 (39,5)
<b>Identificação</b>				
Nome do aluno*	138 (87,9)	13 (59,1)	169 (83,3)	93 (78,2)
Nome do professor	157 (100,0)	22 (100,0)	203 (100,0)	119 (100,0)

\*p&lt;0,05. SOAP: subjetivo, objetivo, avaliação e plano. CID-10: Classificação Internacional de Doenças, versão 10. CIAP: Classificação Internacional de Atenção Primária. DST: doença sexualmente transmissível.

significativa foi encontrada, entre as especialidades, para o registro do plano terapêutico. A menor prevalência dessa informação foi observada nos prontuários da medicina de família e comunidade, onde 85,2% tinham registro sobre o plano terapêutico do paciente (Tabela 2).

A identificação do aluno esteve presente em 82,4% dos prontuários (Tabela 1). Somente 59,1% dos prontuários da geriatria tinham registrado a identificação do aluno que atendeu o paciente. Contrariamente, o nome do professor encontrava-se registrado em 100% dos prontuários de todas as especialidades (Tabela 2).

## DISCUSSÃO |

Este estudo não pretendeu fazer análise minuciosa da qualidade do registro médico nos prontuários do Ambulatório de Atenção Integral da Policlínica da UVV, e para isso seria necessária a utilização de instrumento validado baseado em indicadores de qualidade. Entretanto objetivou observar alguns itens do registro da primeira consulta médica, considerando ser o primeiro atendimento realizado pelo médico, após entrada do paciente no serviço de saúde<sup>20</sup>. Nesse momento, o médico deverá realizar uma avaliação minuciosa das informações trazidas pelo paciente, em relação ao seu estado de saúde atual e progresso, bem como realizar exame físico completo<sup>7</sup>.

A garantia da qualidade desse registro deve reunir algumas características, tais como informações completas, anotações coerentes e legibilidade<sup>6</sup>. Por isso, o Conselho Federal de Medicina estabeleceu, por meio de resolução, algumas normas para o registro da consulta médica no prontuário do paciente<sup>7</sup>. Essa resolução determina que, na anamnese, a queixa principal e a história da doença atual devem estar bem descritas no prontuário<sup>7</sup>. Considerando os achados do presente estudo, na anamnese, a queixa principal e a história da doença atual foram os itens mais prevalentes registrados nos prontuários, não havendo diferença entre as especialidades. No entanto a revisão de sistemas esteve presente em menos de um quinto dos prontuários avaliados. Contrariamente aos nossos achados, o estudo realizado nos prontuários dos hospitais de ensino de várias cidades brasileiras mostrou que somente 24,7% tinham preenchido a queixa principal, 15,6%, a história da doença atual e 44,2%, a revisão de sistemas<sup>21</sup>.

O registro das informações sobre o exame físico é fundamental para formulação das hipóteses diagnósticas e acompanhamento do paciente<sup>7</sup>. Como observado neste estudo, o exame segmentar e a pressão arterial foram os itens mais registrados nos prontuários. Pesquisa realizada nas unidades de saúde de quatro municípios brasileiros identificou registro da pressão arterial em mais de 80% dos prontuários<sup>22</sup>. Ao contrário, Silva e Tavares-Neto encontraram 39% dos prontuários dos hospitais de ensino sem registro da pressão arterial<sup>21</sup>.

O registro das informações sobre o plano terapêutico esteve presente na maioria dos prontuários, porém isso não foi observado para o plano educacional. Esse resultado foi oposto aos achados de Silva e Tavares-Neto que encontraram baixa qualidade (<80%) no registro do plano terapêutico e melhor qualidade no registro do plano educacional nos prontuários dos hospitais de ensino de várias cidades brasileiras<sup>21</sup>.

As hipóteses diagnósticas estavam registradas em quase dois terços dos prontuários avaliados enquanto a lista de problemas constava em pouco mais da metade. Pesquisa realizada nos prontuários das unidades de saúde de quatro municípios brasileiros encontrou diagnóstico completo em 87,7% dos prontuários<sup>23</sup>. Apesar de a resolução do Conselho Federal de Medicina<sup>7</sup> determinar como obrigatório o registro das hipóteses diagnósticas no prontuário, 20% dos prontuários avaliados neste estudo não tinham registro da CID-10. Essa ausência, dois terços dos prontuários, foi mais frequente na geriatria e menos frequente – somente 10% – nos prontuários da ortopedia.

Outro aspecto importante, muitas vezes não devidamente valorizado, é a identificação do profissional que prestou o atendimento<sup>7</sup>. Este estudo foi realizado em uma clínica responsável pela formação dos alunos do curso de medicina, portanto espera-se que os prontuários tenham a identificação do aluno que realizou o atendimento ao paciente, porém esse campo não estava preenchido em quase um quinto dos prontuários. Já o registro do médico responsável foi encontrado em todos os prontuários. Esse achado encontra-se em consonância com o estudo de Carvalho et al.<sup>23</sup>, realizado em um pronto-socorro, que identificou ausência do nome do médico prestador do atendimento em apenas 2,7% dos prontuários.

O registro em saúde de forma adequada melhora a qualidade do cuidado prestado ao paciente<sup>12</sup>, porém

problemas frequentes vêm sendo apontados pelas pesquisas, como a qualidade desse registro devido à ausência de informações básicas<sup>10</sup>, bem como o registro de forma incoerente e inadequada<sup>9,11</sup>. Fatores relacionados aos processos de trabalho podem influenciar na qualidade do registro nos prontuários<sup>24,25</sup>. Um desses fatores é a sobrecarga de trabalho, a qual se resolve com a adequação da oferta à demanda compatível com o número e tamanho das equipes<sup>24</sup>. Salários condignos com a carga horária de trabalho e organização do serviço também são fatores influenciadores na qualidade do registro no prontuário<sup>25</sup>.

Apesar da importância do registro no prontuário, seu preenchimento correto muitas vezes não é valorizado em consequência da falta de conhecimento, de conscientização profissional, de incentivo, de educação continuada, de censura e de fiscalização eficaz<sup>26</sup>. Espera-se que tais fatores não sejam a causa para a falta de completitude observada nos prontuários deste estudo, por se tratar de um serviço responsável pela formação médica. Similarmente, Pavão et al.<sup>27</sup> encontraram qualidade ruim nos prontuários de três hospitais de ensino, onde esperavam haver uma melhor qualidade no registro.

O uso de prontuário eletrônico possibilita a melhoria da qualidade do cuidado, a produtividade dos profissionais de saúde, a facilidade no acesso aos serviços e a redução de custos administrativos<sup>28,29</sup>. Este estudo foi realizado em prontuários eletrônicos, portanto esperava-se encontrar maior completitude do registro das informações da consulta médica nos prontuários. O uso de prontuário eletrônico diminui o tempo de carga horária dispendido para o registro das informações, mas seu uso nem sempre está relacionado à satisfação profissional<sup>30</sup>.

Evidencia-se, portanto, com esta pesquisa, a necessidade de realizar mais estudos abordando as dificuldades e as vantagens da utilização do prontuário eletrônico para que os profissionais de saúde se envolvam na implantação dos sistemas e passem a utilizá-los de forma adequada, produzindo melhorias na assistência à saúde da população.

Avaliando os aspectos metodológicos, devemos considerar a existência de algumas limitações dos resultados deste trabalho. Por se tratar de um serviço específico para o ensino-aprendizagem, os resultados deste estudo só poderão ser extrapolados para outros serviços com características semelhantes. Outra limitação foi o número reduzido de consultas realizadas em algumas especialidades, o que pode não representar a realidade dessas especialidades. Apesar

dessas limitações, o estudo conseguiu contemplar todos os prontuários dos pacientes atendidos durante o período.

## CONCLUSÃO |

A queixa principal, a história da doença atual, o exame segmentar e a identificação do médico foram os itens com maior registro nos prontuários das especialidades de geriatria, ortopedia, medicina de família e comunidade e ginecologia/obstetrícia. O prontuário eletrônico tem potencial para melhoria da qualidade do registro das informações, porém isso não foi observado neste estudo, o que torna necessário investigar os fatores que possam ter influenciado no preenchimento incompleto do prontuário. Talvez a padronização de campos de registro obrigatórios no prontuário eletrônico seja uma ação que melhore a completitude do registro da consulta médica.

## REFERÊNCIAS |

1. Ferreira ABH. Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1988.
2. Schout D, Novaes HMD. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(4):935-44.
3. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº. 1.821, de 11 julho 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. *Diário Oficial da União* 23 nov 2007; Seção 1.
4. Oselka G. Prontuário médico. *Rev Assoc Med Bras [Internet]*. 2002 [acesso em 08abr2010]; 48(4):286. Disponível em: URL: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010442302000400019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302000400019&lng=en)>.
5. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº. 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. *Diário Oficial da União* 9 ago 2002; Seção 1.

6. Ortega Rosero J, Ortega Matute F, Castillo Angulo, D. Elaboración de la historia clínica mediante el programa Sistema de Información Médica (MIS) en la consulta externa de pediatría clínica del hospital Roberto Gilbert Elizalde. *Medicina (Guayaquil)*. 2004; 10(1):32-42.
7. Resolução do Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº. 2.056, de 20 de setembro de 2013. Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos. *Diário Oficial da União* 12 nov 2013; Seção 1.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (B. Textos Básicos de Saúde).
9. Lotufo M, Duarte EC. Avaliação dos serviços de saúde do município de Cáceres, MT (Brasil): contribuições à programação local. *Rev Saúde Pública*. 1987; 21(5):427-38.
10. Modesto MG, Moreira EC, Almeida-Filho N. Reforma sanitária e informação em saúde: avaliação dos registros médicos em um distrito sanitário de Salvador, Bahia. *Cad Saúde Pública*. 1992; 8(1):62-8.
11. Munhoz Junior S, Fontes JF, Meirelles SMP. Avaliação do programa de controle da hanseníase em municípios mato-grossenses, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31(3):282-7.
12. Adams WG, Mann AM, Bauchner H. Use of an electronic medical record improves the quality of urban pediatric primary care. *Pediatrics*. 2003; 111(3):626-32.
13. Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. Prontuário médico do paciente: guia para uso prático. Brasília: CRM; 2006.
14. Linder JA, Ma J, Bates DW, Middleton B, Stafford RS. Electronic health record use and the quality of ambulatory care in the United States. *Arch Intern Med*. 2007; 167(13):1400-5.
15. Thiru K, Hassey A, Sullivan F. Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care. *BMJ*. 2003; 326(7398):1070.
16. Brouwer HJ, Bindels PJ, Weert HC. Data quality improvement in general practice. *Fam Pract*. 2006; 23(5):529-36.
17. Wager KA, Lee FW, White W, Ward DM, Ornstein SM. Impact of an electronic medical record system on community-based primary care practices. *J Am Board Fam Pract*. 2000; 13(5):338-48.
18. Pinheiro R, Lobo AJB. A importância do prontuário do paciente. *Universo Acadêmico [Internet]*. 2005 [acesso em 09 jan 2013]; 5:96-108. Disponível em: URL: <<http://www.univen.edu.br/>>.
19. Ramos V. A consulta em 7 passos: execução e análise crítica de consultas em medicina geral e familiar. Lisboa: VFBM Comunicação; 2008.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Geral. Grupo de Trabalho. Unidade de Sistema de Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Terminologia básica em saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1985. (B. Textos básicos de saúde, 8.)
21. Silva FG, Tavares-Neto J. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 2007; 31(2):113-26.
22. Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IHS. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24Suppl. 1:S173-82.
23. Carvalho RS, Kara-José N, Noma RK, Chignalia MZ, Novaes HMD. Prontuário incompleto no pronto-socorro: uma barreira para a qualidade em saúde. *RBM Rev Bras Med*. 2009; 66(7):218-22.
24. Prado SRLA, Fujimori E. Registro em prontuário de crianças e a prática da integralidade. *Rev Bras Enfermagem*. 2006; 59(1):67-71.
25. Sampaio AC. Qualidade dos prontuários médicos como reflexo das relações médico-usuário em cinco hospitais do Recife/PE. Recife. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

26. Salvador VFM, Almeida Filho FGV. Aspectos éticos e de segurança do prontuário eletrônico do paciente. In: Anais da 2. Jornada do Conhecimento e Tecnologia; 2005 ago 22-26; Marília, Brasil. Marília: UNIVEM; 2005.
27. Pavão ALB, Andrade D, Mendes W, Martins M, Travassos C. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. Rev Bras Epidemiol. 2011; 14(4):651-61.
28. Rodrigues Filho J, Xavier JCB, Adriano AL. A tecnologia da informação na área hospitalar: um caso de implementação de um sistema de registro de pacientes. Rev Adm Contemp. 2001; 5(1):105-20.
29. Jha AK, DesRoches CM, Campbell EG, Donelan K, Rao SR, Ferris TG et al. Use of electronic health records in U.S. hospitals. N Engl J Med. 2009; 360(16):1628-38.
30. Fumis RRL, Costa ELV, Martins PS, Pizzo V, Souza IA, Schettino GPP. A equipe da UTI está satisfeita com o prontuário eletrônico do paciente? Um estudo transversal. Rev Bras Ter Intensiva. 2014; 26(1):1-6.

*Correspondência para/ Reprint request to:*

**Wanêssa Lacerda Poton**

*Rua Castelo Branco, 21,*

*Bairro de Fátima, Serra - ES, Brasil*

*CEP: 29160-810*

*Tel: (27) 99747-0438*

*E-mail: wanipp@gmail.com*

Submetido em: 21/07/2015

Aceito em: 30/12/2015