



REVISTA DE
ADMINISTRAÇÃO
EM SAÚDE

v. 14 nº 55

Abril-Junho, 2012

ISSN 1678-3166

45 **Editorial**

Artigos Originais

47 **XVI Congresso Brasileiro de Qualidade de Cuidado em Saúde (CBQH) 2012**

51 **Auditoria da qualidade do paciente: um instrumento de aprendizagem para o setor institucional**

Tatiana Magalhães de Faria, Lucía Beatriz Claudino de Lima, Ricardo Ricardo Cury, Gerdeiro, Ilmar Augusto Amaro

57 **Auditoria da qualidade dos registros em uma unidade de internação clínica**

Daniela S. de Almeida, Lediane D. de Almeida

65 **Dimensões organizacionais de um Centro de Atenção Psicossocial de uma cidade do interior de São Paulo**

Carla Aparecida Arena Ventura, Ivarciana de Moraes, Mairone Serena Jorge, Angerica Silva Araújo

71 **Atenção básica à saúde: avaliação de estresse**

Ana Carolina Dantas Rocha, Carolina Pereira da Silva, Darlene de Queiroz, Dixis Figueira Pedraza

Relato de caso

O médico e as condições de trabalho no pronto-socorro do interior do estado de Mato Grosso

Nívea Adriana dos Santos, Cristiane da Silva, Paulo Cesar de Souza, Wania Queiroz de Sousa

Associação Brasileira de Administração em Saúde
ABRASAS
FUNDADA EM 1974



Artigo original

Auditoria de prontuário do paciente: um processo de aprendizagem e integração institucional

Audit patient record: a learning process and institutional integration

Tatiana Magalhães Demarchi¹, Maria Lucia Bom Angelo², Eliana Claudino de Lima³, Ricardo Fajardo Cury⁴, Marcos Antonio Miguel Cordeiro⁵, Irai Araújo Amaro⁶

Palavras-chave

Registros Médicos
Auditoria Clínica
Controle de Qualidade
Informação
Administração hospitalar

Keywords

Medical Records
Clinical Audit
Quality Control
Information
Hospital administration

RESUMO

O presente trabalho analisa medidas institucionais tomadas pelo Hospital Municipal e Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha para a melhoria do preenchimento do prontuário do paciente, e relata as ações da Comissão de Revisão de Prontuário, que em parceria com a Assessoria de Qualidade, instituiu desde 2005 a auditoria nos prontuários e, posteriormente, em 2008, implantou o Serviço de Auditoria do Prontuário do Paciente, que realiza auditoria retrospectiva após alta. Em média são auditados entre 450 e 500 prontuários por mês, o que representa média de 50% das internações. Inicialmente, as não conformidades referentes à identificação de alguns profissionais e à identificação do paciente ficaram acima de 10%. Várias medidas foram tomadas para alterar a situação, entre elas a criação do Manual do Prontuário; refinamento da padronização dos formulários; aula obrigatória e curricular para residentes; e aula *pocket* sobre a utilização dos formulários usados apenas por cada setor. Também foi criado o *Check List* setorial, que funciona como uma planilha de auditoria mais concisa, utilizado para conferência direta dos formulários de cada setor e funcionando como auditoria concorrente realizada ainda enquanto o paciente está hospitalizado. Conclui-se que a auditoria é um elemento essencial para mensurar a qualidade assistencial.

ABSTRACT

This paper analyzes institutional measures taken by the Hospital Municipal e Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha (São Paulo, Brazil) to improve the filling of the patient's medical record. It also relates the actions of the Commission of Medical Record Review, which, in partnership with the Quality Advisory Area, has imposed since 2005 the audit of the medical records and, later, in 2008, implemented the Medical Record Audit Office, which performs the retrospective audit after discharge. On average there are between 450 and 500 audited medical records per month, what represents average of 50% of admissions. Initially, the nonconformities concerning to the identification of some professionals and to the identification of the patient were above 10%. Several measures were taken: the creation of the Medical Record Handbook; refinement of standardization of forms; tuition for residents, pocket class on the filling of forms used by each area. Besides these, was created the Departmental Check List, which serves as a more concise Audit Table, used to check the forms of each area, working as audit performed while the patient is still hospitalized. It is concluded that the audit is an essential element to measure the quality of care.

Trabalho realizado no Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes A. Silva – Maternidade Cachoeirinha – São Paulo (SP), Brasil.

1. Especialista em Gestão Pública de Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa de São Paulo; Encarregada pelo Serviço de Gestão dos Processos de Qualidade do Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes A. Silva – São Paulo (SP), Brasil.

2. Pós-Graduada em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) e em Gestão Pública de Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Coordenadora do Núcleo de Qualidade do Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva – São Paulo (SP), Brasil.

3. Especialista em Auditoria em Enfermagem pelo Centro Universitário São Camilo e em Nefrologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Encarregada pelo Serviço de Auditorias e Qualidade de Enfermagem no Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva – São Paulo (SP), Brasil.

4. Médico Nefrologista, Gerente de Informação Hospitalar e Chefe do Serviço de Auditoria de Prontuários do Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva – São Paulo (SP), Brasil.

5. Graduado em Processos Gerenciais; Chefe da Seção de Tecnologia da Informação do Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva – São Paulo (SP), Brasil.

6. Auxiliar de Enfermagem; Funcionária do Serviço de Auditoria de Prontuário do Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva – São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Tatiana Magalhães Demarchi – Avenida Deputado Emílio Carlos, 3.100 – Vila Nova Cachoeirinha – CEP: 02720-200 – São Paulo (SP), Brasil – E-mail: tati_demarchi@hotmail.com

Aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Municipal e Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha – CEP

Recebido em:
13/06/2011

Aprovado em:
14/02/2012

Conflito de interesse:
nada a declarar

Fonte de financiamento:

INTRODUÇÃO

A definição de prontuário para o Conselho Federal de Medicina (CFM), pela resolução nº 1.638/02, é:

um documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados e gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

O prontuário deve ser organizado para prestar serviços ao paciente, às equipes multiprofissionais, à instituição de saúde e à sociedade. Serve como instrumento de consulta, avaliações, ensino, pesquisa, auditoria, estatística médico-hospitalar, sindicâncias, prova de que o doente foi ou está sendo tratado convenientemente, investigação epidemiológica, processos éticos e legais, comunicação entre os profissionais de assistência ao paciente, defesa e acusação¹.

Quando completo, possibilita avaliar o desempenho da instituição responsável pela assistência ao enfermo. A avaliação da qualidade e da quantidade de serviços prestados dependerá, primariamente, da exatidão das informações incluídas nos diversos formulários. É fundamental, portanto, que estejam confluídos nesse documento todos os dados sobre o paciente e os cuidados assistenciais a ele dedicados¹.

Considerando-se os conceitos de auditoria, verifica-se que seu nascimento ocorreu a partir dos controles financeiros nas organizações e se expandiu para uma avaliação do controle de qualidade e dos processos em diversos campos de atuação, incluindo a área da Saúde. O processo avaliativo, aqui definido como auditoria, constitui um dos instrumentos de gestão desses serviços, visando mensurar os esforços voltados para o alcance da qualidade da assistência prestada aos pacientes².

Muitas vezes, o prontuário é usado de maneira imprópria. Irregularidades em seu preenchimento podem resultar em grandes complicações, principalmente para o paciente³. Além disso, as imperfeições dos prontuários têm sido obstáculos para mais pesquisas, o que evidentemente causa restrições à assistência médica e à medicina preventiva, sobretudo as promovidas pela administração pública¹.

Outro ponto é que os prontuários podem ser usados ainda na defesa legal dos profissionais como prova

documental em processos nas Comissões de Ética, Conselhos de Classe ou processos judiciais⁴.

Dentre as ações promovidas para minimizar esses problemas, em cada instituição de assistência a doentes deve existir uma Comissão de Revisão de Prontuário. Essa entidade foi criada pela Resolução do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) nº 70/95, e Resolução do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) nº 11/92 e tornada obrigatória nas instituições de assistência médica em todo o País pela Resolução Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.638/2002, com o propósito de garantir a qualidade e a ética das informações registradas pela equipe de assistência ao paciente no atendimento que lhe é ou foi prestado.

A partir dessa Comissão, nasceu a necessidade da realização de auditorias nos prontuários dos pacientes para verificar as conformidades dos registros encontrados, considerando a padronização hospitalar para o correto preenchimento dos impressos institucionais, medida que garante uniformidade e equivalência entre os diferentes profissionais envolvidos no atendimento⁵.

JUSTIFICATIVA

Seguindo essa tendência, iniciou-se o processo de conferência dos prontuários em um hospital gineco-obstétrico de grande porte de administração direta com gestão municipal e clientela 100% do Sistema Único de Saúde (SUS), com atendimento de demanda espontânea e referenciada, localizado na cidade de São Paulo.

A atividade já existe no hospital desde 2005, porém não era tão bem estruturada e contava com uma equipe muito reduzida. Em 2008, ela foi reorganizada e transformou-se no Serviço de Auditoria do Prontuário do Paciente, com o objetivo de realizar auditoria retrospectiva⁶ nos prontuários utilizados nas unidades de internação (alojamento conjunto, ginecologia, Casa da Gestante, unidade neonatal, unidade de terapia intensiva adulto) deste hospital, tendo em vista que elas contêm o maior número de procedimentos assistenciais.

Esse tipo de auditoria é feito após a alta do paciente, e tal atividade visa a auxiliar o uso adequado do prontuário para a melhor padronização possível e orientar os profissionais para o seu preenchimento correto.

Além disso, o Programa de Certificação da Qualidade, ao qual o hospital é participante, coloca como item obrigatório o correto preenchimento e uso dos prontuários.

MÉTODO

Este trabalho foi realizado em parceria entre a Assessoria de Qualidade e Acreditação Hospitalar, a Diretoria de Informações Técnicas em Saúde, o Serviço de Auditoria do Prontuário do Paciente e o Arquivo Médico do hospital. Para tanto, todos os formulários que compõem o prontuário foram revistos, passando por padronização de *layout* e revisão de conteúdo por meio de consulta e aprovação dos profissionais dos diversos setores do hospital, com aprovação final de todas as diretorias envolvidas.

Após a padronização dos impressos, criou-se a "Planilha de Auditoria de Prontuário" (Figura 1). Nesse instrumental é realizado o cruzamento dos formulários imprescindíveis que devem constar nos prontuários com os itens de preenchimento obrigatório definidos pelo Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde⁷, Manual de Orientação Ética e Disciplinar do Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina⁸ e Roteiro de Visitas do Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar⁹. Além disso, foi realizado benchmarking com outras instituições de saúde para formatação final da planilha.

É verificada, por exemplo, a identificação completa do profissional que realizou o atendimento em todos os formulários. Cada item que for anotado pelo revisor é caracterizado como uma não conformidade e, além disso, é identificado qual setor preencheu o formulário inadequadamente.

Após a conferência, a planilha segue para digitação em sistema de armazenamento de dados para que sejam elaboradas estatísticas e emitidos os formulários de notificação das não conformidades. Estas notificações são enviadas apenas aos profissionais que deixaram de se identificar em algum dos formulários de um determinado prontuário ou que não descreveram algum procedimento. Ela é encaminhada para o setor no qual o formulário que possui a não conformidade foi emitido e deve ser assinada pelo profissional envolvido e sua chefia imediata. De posse dessa notificação, o profissional deve comparecer ao Serviço de Auditoria e solicitar o prontuário para efetuar a correção.

Todo mês é consolidado o Relatório de Gestão sobre a Auditoria nos Prontuários dos Pacientes, que informa a tabulação geral das não conformidades e os escopos das principais situações dessas não conformidades.

As estatísticas produzidas a partir dos dados são avaliadas mensalmente nas reuniões da Comissão de Revisão de Prontuários, nas quais se estudam medidas para a redução das não conformidades.

RESULTADOS

Em média, são auditados entre 450 e 500 prontuários por mês, o que equivale a cerca de 50% das internações realizadas. Dentre os diversos itens avaliados, as não conformidades referentes à identificação do paciente e dos profissionais, dentre eles médicos tocoginecologistas, anestesistas e enfermeiros, ficaram acima de 10% — a Comissão de Revisão de Prontuários estabelece até 5% como o máximo de erros aceito para o preenchimento dos impressos.

Porém, o retorno por parte dos profissionais notificados foi muito baixo, fazendo com que exista grande morosidade na correção do prontuário, tendo em vista que os profissionais geralmente são plantonistas e demoram para receber a notificação, bem como não entendem como imprescindível a correção, já que a auditoria ocorre após a alta do paciente.

Diante deste cenário, entre 2008 e 2009 várias medidas foram tomadas, dentre elas a criação do Manual do Prontuário do Paciente, que tem por finalidade proporcionar à equipe multiprofissional deste hospital instruções para o uso correto do prontuário, contendo informações sobre aspectos éticos e legais; como funcionam o serviço de arquivo, a Comissão de Revisão de Prontuário, o serviço de revisão e o acesso ao prontuário; qual a descrição e o correto preenchimento dos formulários; a ordem dos formulários; e as falhas e dúvidas comuns.

Para a criação do manual, foi necessário um refinamento da padronização dos formulários que ainda continham campos para informações repetitivas ou dúbias e não contemplavam as reais necessidades dos profissionais.

Além disso, por se tratar de um hospital-escola, tornou-se curricular e obrigatório para residentes a aula ministrada pelo presidente da Comissão de Revisão de Prontuários, intitulada "Aspectos éticos e legais sobre o prontuário do paciente". Outros eventos relativos ao tema também ocorreram anualmente, com a vinda de representantes do Conselho Regional de Medicina.

Em 2010, foi realizado um evento de lançamento do novo prontuário. Foi montada uma aula de apresentação do manual e do novo prontuário e uma exposição denominada "Por dentro do prontuário do paciente", na qual os funcionários podiam literalmente passear entre os formulários que ficaram pendurados por meio de barbantes na entrada do anfiteatro. Essas aulas ocorreram em dois dias diferentes para contemplar os plantonistas dos dias pares e ímpares.

ETIQUETA				
Prontuário _____				
Nome _____				
Mãe _____				
CNS _____				
SIS pré-natal _____				
Setor _____		Enfermaria _____		Leito _____
CHECK LIST PRONTUÁRIO - BLOCO CIRÚRGICO – Obstetrícia				
Formulário	LEGENDA: OK – para formulário em conformidade Em branco – para formulário com pendência NA – para formulário que não se aplica	Identificação Paciente	Data	Assinado pelo Profissional Carimbado ou Nome Completo e Conselho de Classe legível
PRÉ-PROCEDIMENTO OBSTÉTRICO:				
Evolução Obstétrica Diária – P043A				
Controles - Evolução Obstétrica Diária – P142A				
Prescrição Médica Simples – P073A				
Partograma - Fase Latente - Obstetrícia – P068A				
Partograma - Fase Ativa - Obstetrícia – P067A				
Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE – P098A				
Histórico de Enfermagem – P057A				
<u>NÃO SE APLICA SE A PACIENTE FEZ PRÉ-NATAL NO HMEC OU PASSOU PELA CASA DA GESTANTE</u>				
Indicadores de Qualidade / Desempenho - Adulto - Enfermagem – P059A				
Termo de Consentimento Pós-Infamação para Procedimento Clínico/Cirúrgico – P107A				
Termo de Consentimento Pós-Infamação para Procedimento Anestésico – P010 A				
<u>NÃO SE APLICA PARA PARTOS NATURAIS</u>				
PÓS-PROCEDIMENTO OBSTÉTRICO:				
Ficha Anestésica – P047A				
<u>NÃO SE APLICA PARA PARTOS NATURAIS</u>				
Crterios de definição para Gestação de Alto Risco – P020A				
Infamação de Procedimento Obstétrico – P062A				
Controle de Partos - Centro Obstétrico/Centro Cirúrgico – P027A				
Gasto de Sala CCO – P055A				
Prescrição Médica Carbonada – P072A				
Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE – P098A				
Laudo para Solicitação de AIH – P066 A				
<u>APLICA-SE APENAS SE A PACIENTE VEIO DA CASA DA GESTANTE</u>				
BEBÊ:				
Anamnese e Exame Físico do RN – Neonatologia – P004A				
Aviso de Nascimento – P017A				
Controle de Recém-nascido - Centro Obstétrico/Centro Cirúrgico – P028A				
Ficha RN - Centro Obstétrico – P052A				
Sistematização da Assistência de Enfermagem ao RN – P099A				
PLANEJAMENTO FAMILIAR - LAQUEADURA:				
Ficha de Registro Individual de Notificação de Esterilização – P050A				
EM CASO DE ALTA:				
Resumo de Alta Hospitalar Obstétrico – P094A				
EM CASO DE FALECIMENTO:				
Aviso de Óbito – P018A				
Autorização de Necrópsia – P013A				
Requisição de Necrópsia – P091A				
Checado em: _____		Checado por: _____		
		<small>Nome e Registro Profissional (ou Carimbo) Assinatura do Profissional</small>		
OBSERVAÇÃO: _____				

Figura 1. Planilha de auditoria de prontuário.

Porém, apesar de todos os esforços, foi percebida pelo Serviço de Revisão de Prontuários a necessidade de que as aulas focassem nos setores assistenciais, visto que muitos profissionais não puderam participar do evento.

Considerando a dinâmica dos setores, criou-se uma aula denominada *pocket*, ou seja, mais resumida e que abrangesse os pontos principais do manual, bem como a utilização dos formulários usados apenas por aquele setor e que pudessem ser ministradas *in loco*.

Os gerentes das unidades assistenciais (médicos e enfermeiros) foram instrumentalizados pela Assessoria de Qualidade para disseminar entre sua equipe a aula e, concomitantemente, a esta ação, foi criado também o *Check List* setorial (Figura 2), em substituição a um *check list* único que abrangia o percurso institucional do paciente e não estava sendo efetivo.

Esse instrumental funciona como a planilha de auditoria, porém é mais conciso, focando a conferência diretamente nos formulários usados em cada setor em relação à identificação do profissional e do paciente.

A conferência é considerada uma auditoria concorrente, pois é realizada ainda enquanto o paciente está hospitalizado. Ela é feita pelos profissionais atuantes no setor em que se encontra o paciente e acontece antes de o encaminharem para o setor subsequente ou mesmo à pré-alta. Isso facilita a correção imediata, tendo em vista que as não conformidades são identificadas ainda durante a assistência ao paciente e o profissional que cometeu o erro pode corrigi-lo muito rapidamente.

Por um período de um mês, após as aulas *pockets*, a equipe do Serviço de Revisão de Prontuários foi deslocada para atuar nos setores assistenciais realizando uma auditoria amostral com processo educativo local, ou seja, eles treinaram *in loco* os profissionais para a utilização adequada do *Check List* setorial.

CONCLUSÕES

A auditoria na área da saúde vem sendo utilizada como ferramenta de gestão há mais de 50 anos com aprimoramentos¹⁰. Atualmente é considerada elemento essencial para mensurar a qualidade da assistência. Pode-se dizer que ela possui três funções: auditoria como responsabilizadora (função punitiva); auditoria como impacto (função de pesquisa); e auditoria como aprendizagem (função educativa, reflexão sobre os processos e resultados)¹¹.

A auditoria de prontuário engloba as três funções, e este projeto teve como principal característica oferecer

subsídios aos profissionais para a reorientação de suas atividades, estimulando a reflexão individual e coletiva e norteando um processo de educação permanente.

O processo educativo não busca o responsável pela falha para responsabilizá-lo, mas questiona o porquê do resultado adverso. Esse referencial estimula a participação da equipe na detecção e busca de soluções¹².

A integração de todas as categorias profissionais sumariza a ideia de que a participação de todos é fundamental. Para que o prontuário seja de fato uma coleção de documentos que demonstre a qualidade institucional e da assistência, faz-se necessária a realização de auditoria que envolva toda a equipe multidisciplinar, pois cada categoria é capaz de avaliar melhor os procedimentos e registros efetuados de sua área específica. Fazer bem feito não basta, é preciso um bom registro!

AGRADECIMENTOS

À Diretoria de Departamento Técnico do Hospital Municipal e Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha e aos profissionais que compõem a Comissão de Prontuário Médico.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. Prontuário médico do paciente: guia para uso prático. Brasília: CRMDF; 2006.
2. Adami NP, Maranhão AMSA. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. *Acta Paul Enferm*. 1995;8(4):47-55.
3. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Manual do Prontuário do Paciente. Rio Grande do Sul: HCPA; 2002.
4. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2009.
5. Riolino AN, Kliukas GBV. Relato de experiência de enfermeiras no campo de auditoria de prontuário – uma ação inovadora. *Revista Nursing*. 2003;65(6):35-9.
6. Faraco MM, Albuquerque GL. Auditoria do método de assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(4):421-4.
7. Ministério da Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina. Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos. Manual de Orientação Ética e Disciplinar. 2ª ed. Santa Catarina: Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina; 2000.
9. Associação Paulista de Medicina. Roteiro de Visitas. Programa CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 2008.
10. Souza LAA, Dyniewicz AM, Kalinowski LC. Auditoria: uma abordagem histórica e atual. *Rev Adm Saúde*. 2010;12(47):71-8.
11. Felisberto E. Conceitos de monitoramento e avaliação: I Expo Painel – Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 23 de nov. de 2010. Notas de Aula. Apresentação de Slides.
12. Rodrigues VA, Perroca MG, Jericó MC. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. *Arq Ciênc Saúde*. 2004;11(4):210-4.