PRONTUÁRIO MÉDICO

PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Conselheiro Aizenaque Grimaldi de Carvalho

CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Hipócrates, no século 5 A.C., dizia que **o registro médico deveria refletir exatamente o curso da doença e indicar as suas possíveis causas.**

Seu registro era sempre feito em ordem cronológica, ou seja, era um registro médico orientado ao tempo.

A palavra prontuário deriva do latim *promptuariu* que significa lugar onde se guarda aquilo que deve estar à mão, o que pode ser necessário a qualquer momento.

Entende-se por prontuário médico não apenas o registro da anamnese do paciente, mas todo acervo documental padronizado, organizado e conciso, referente ao registro dos cuidados médicos prestados, assim como aos documentos pertinentes a essa assistência.

Consta de exame clínico do paciente, suas fichas de ocorrências e de prescrição terapêutica, os relatórios da enfermagem, da anestesia e da cirurgia, a ficha do registro dos resultados de exames complementares e, até mesmo, cópias de solicitação e de resultado de exames complementares.

Constituem um verdadeiro dossiê que tanto serve para a análise da evolução da doença, como para fins estatísticos que alimentam a memória do serviço e como defesa do profissional, caso ele venha ser responsabilizado por algum resultado atípico ou indesejado.

Genival Veloso de França

CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

DEFINIÇÃO

O prontuário médico é o conjunto de documentos padronizados e ordenados, onde devem ser registrados todos os cuidados profissionais prestados aos pacientes e que atesta o atendimento médico a uma pessoa em uma instituição de assistência médica pública ou privada ou em um consultório médico. (de acordo com a Resolução CFM 1.331/89).

CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

OBJETIVOS

- Instrumento de apoio à assistência ao paciente;
- Documento de valor probatório do ato médico;
- Meio de comunicação entre os profissionais de uma equipe de saúde;
- Ferramenta para a continuidade do atendimento;
- Suporte para a área administrativa, nos aspectos financeiros e legais;
- Fonte para pesquisas científicas;
- Instrumento de defesa legal do médico e da instituição de saúde;
- Documento repositário do segredo médico do paciente.

A Resolução CFM 1.638/2002, define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

"Art. 1º - Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo."

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

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

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

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

Conteúdo Obrigatório do Prontuário (eletrônico ou papel)

- Identificação do paciente;
- Anamnese e Exame físico;
- Exames complementares solicitados e seus respectivos resultados;
- Hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
- Conduta terapêutica
- Evolução diária do paciente, com data e hora, procedimentos realizados e identificação dos profissionais que os realizaram;
- Descrições cirúrgicas, Fichas de Anestesia;
- Prescrições médicas e de outros profissionais da saúde;
- Resumo de alta;
- Fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência;
- Registros dos consentimentos esclarecidos.

Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento.

São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM, quando profissional médico;

A responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção Técnica da Unidade.

O PRONTUÁRIO MÉDICO PERTENCE AO PACIENTE E NÃO À INSTITUIÇÃO DE SAÚDE.

A quem, pertence o prontuário?

Antes pensava-se que ele pertencia ao médico assistente ou à instituição para a qual ele prestava seus serviços. Mesmo sendo o médico, indubitavelmente, o autor intelectual do dossiê por ele recolhido, é claro que este documento pertence ao paciente naquilo que é mais essencial: nas informações contidas. É de propriedade do paciente a disponibilidade permanente das informações que possam ser objeto da sua necessidade de ordem pública ou privada. Mas o médico e a instituição têm o *direito de guarda*.

Por outro lado, não existe nenhum dispositivo ético ou jurídico que determine ao médico ou ao diretor clínico de uma instituição de saúde entregar os originais do prontuário, de fichas de ocorrências ou de observação clínica a quem quer que seja, autoridade ou não, porque "*ninguém está obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei*".

Genival Veloso de França

CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

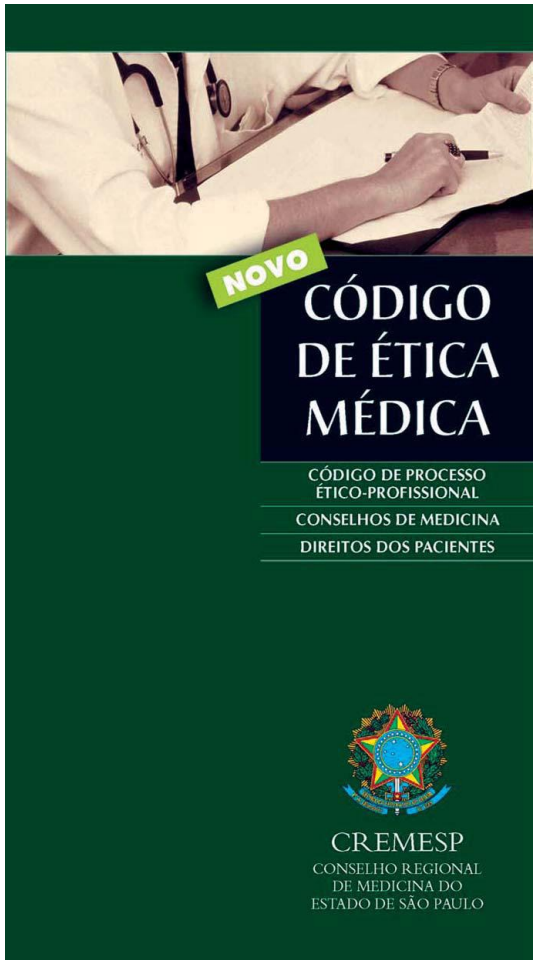
Parâmetros estabelecidos pelo Código de Ética Médica

CAPÍTULO X - DOCUMENTOS MÉDICOS
É vedado ao médico:

Art. 87 - Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

§ 1º - O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º - O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.



Parâmetros estabelecidos pelo Código de Ética Médica

CAPÍTULO IX - SIGILO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 73 - Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

Parágrafo único - Permanece essa proibição:

a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido;

b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento;

c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

MOTIVO JUSTO

Fundamenta-se na extensão de estado de necessidade.

Haverá motivo justo quando a revelação for o único meio de conjurar perigo atual ou iminente e injusto para si e para outro.

Situação de grave risco à saúde coletiva.

Crimes de ação pública incondicionada quando solicitado por autoridade judicial ou policial, não dependendo de representação e que não exponha o paciente a procedimento criminal.

Defender interesse legítimo próprio ou legítima defesa.

DEVER LEGAL

Dever previsto em Lei, Decreto, etc.

Deriva não de vontade do que o confia a outrem, mas da condição profissional, em virtude da qual ele é confiado e na natureza dos deveres que, no interesse geral, são impostos aos profissionais.

Parâmetros estabelecidos pelo Código de Ética Médica

CAPÍTULO IX – SIGILO PROFISSIONAL:
É vedado ao médico:

Art. 74 – Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.
(...)

Art. 77. Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito. (nova redação – Resolução CFM nº 1997/2012)

Art. 78 – Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.

Parâmetros estabelecidos pelo Código de Ética Médica

CAPÍTULO X - DOCUMENTOS MÉDICOS:
É vedado ao médico:

Art. 85 - Permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade.

Art. 86. Deixar de fornecer laudo médico ao paciente ou a seu representante legal quando aquele for encaminhado ou transferido para continuação do tratamento ou em caso de solicitação de alta.(...)

Art. 88 - Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.

Parâmetros estabelecidos pelo Código de Ética Médica

CAPÍTULO X - DOCUMENTOS MÉDICOS:
É vedado ao médico:

Art. 89 - Liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa.

§ 1º - Quando requisitado judicialmente o prontuário será disponibilizado ao perito médico nomeado pelo juiz.

§ 2º - Quando o prontuário for apresentado em sua própria defesa, o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo profissional.

Art. 90. Deixar de fornecer cópia do prontuário médico de seu paciente quando de sua requisição pelos Conselhos Regionais de Medicina.

CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Parâmetros estabelecidos pelo Código de Ética Médica

Capítulo VII - RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS
É vedado ao médico:

Art. 54 - Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou por seu representante legal. ***Grifo nosso***

Resolução CFM nº 1.605, de 15 de setembro de 2000.

Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 29 set. 2000. Seção 1, p. 30

Art. 1º - O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica.

Art. 2º - Nos casos do art. 269 do Código Penal, onde a comunicação de doença é compulsória, o dever do médico restringe-se exclusivamente a comunicar tal fato à autoridade competente, sendo proibida a remessa do prontuário médico do paciente.

Art. 3º - Na investigação da hipótese de cometimento de crime o médico está impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo criminal.

Resolução CFM nº 1.605/2000.

Art. 4º - Se na instrução de processo criminal for requisitada, por autoridade judiciária competente, a apresentação do conteúdo do prontuário ou da ficha médica, o médico disponibilizará os documentos ao perito nomeado pelo juiz, para que neles seja realizada perícia restrita aos fatos em questionamento.

Art. 5º - Se houver autorização expressa do paciente, tanto na solicitação como em documento diverso, o médico poderá encaminhar a ficha ou prontuário médico diretamente à autoridade requisitante.

Art. 6º - O médico deverá fornecer cópia da ficha ou do prontuário médico desde que solicitado pelo paciente ou requisitado pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina.

Lei nº 10.241 de 17 de Março de 1999:

Artigo 2º - São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo:

(...) VIII - acessar, a qualquer momento, o seu prontuário médico, nos termos da Lei Complementar nº 791, de 9 de março de 1995;

(...) XIII - ter anotado em seu prontuário, principalmente se inconsciente durante o atendimento:
a) todas as medicações, com suas dosagens, utilizadas; e
b) registro da quantidade de sangue recebida e dos dados que permitam identificar a sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;(...)

Constituição Federal

Art. 5º -

inciso X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;

Código Penal Brasileiro

Violação do segredo profissional

Art. 154- Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem:

Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa.

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Resolução CFM nº 1.821, de 11 de julho de 2007

Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 23 nov. 2007. Seção I, p. 252

Estabelece o Convênio entre Conselho Federal de Medicina (CFM) e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), resultou na elaboração do Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (S-RES).

O Processo de Certificação SBIS/CFM classifica o S-RES (Sistema de Registro Eletrônico em Saúde) do ponto de vista de segurança da informação em 2 Níveis de Garantia de Segurança (NGS 1 e NGS 2).

Nível de Garantia de Segurança 1 - NGS1

S-RES (Sistema de Registro Eletrônico em Saúde) que não tem os certificados digitais ICP-Brasil (Infraestrutura de Chaves Públicas) para assinatura digital das informações clínicas, consequentemente sem amparo para eliminação de papel e com necessidade de impressão e aposição manuscrita da assinatura.

Nível de Garantia de Segurança 2 - NGS2

S-RES (Sistema de Registro Eletrônico em Saúde) que tem os certificados digitais ICP-Brasil (Infraestrutura de Chaves Públicas), que dispensa o papel pois permite a assinatura com Certificação Digital.

Resolução CFM nº 1.821, de 11 de julho de 2007

Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 23 nov. 2007. Seção I, p. 252

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.

(...)

CONSIDERANDO que a autorização legal para eliminar o papel depende de que os sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes atendam integralmente aos requisitos do "Nível de Garantia de Segurança 2 (NGS2)", estabelecidos no referido manual: www.sbis.org.br/manual.htm. Para se ter validade jurídica, qualquer documento eletrônico na saúde, tal como um prontuário, deve ser assinado com um certificado digital padrão ICP-Brasil.

Obs.: ICP: Infraestrutura de Chaves Públicas.

Resolução CFM nº 1.821/2007

(...) Art. 2º- Autorizar a digitalização dos prontuários dos pacientes, desde que obedeça as normas específicas de digitalização que seguem abaixo e, após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários, que avaliará de forma permanente os documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

§ 1º Os métodos de digitalização devem reproduzir todas as informações dos documentos originais.
(...)

Art. 3º- Autorizar o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informação identificada em saúde, eliminando a obrigatoriedade do registro em papel, desde que esses sistemas atendam integralmente aos requisitos do "Nível de Garantia de Segurança 2 (NGS2)", estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde;

Art. 4º- Não autorizar a eliminação do papel quando da utilização somente do NGS1, por falta de amparo legal. *grifos nossos*

CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Resolução CFM nº 1.821/2007

Art. 6º- No caso de microfilmagem, os prontuários microfilmados poderão ser eliminados de acordo com a legislação específica que regulamenta essa área e após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 7º- Estabelecer a guarda permanente, considerando a evolução tecnológica, para os prontuários dos pacientes arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

Art. 8º- Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários dos pacientes em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.
(...)

Art. 10° Estabelecer que o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), mediante convênio específico, expedirão selo de qualidade dos Sistemas Informatizados que estejam de acordo com o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, aprovado nesta Resolução. *grifos nossos*

Resumindo, os prontuários em papel nos Serviços de Saúde podem ser eliminados, desde que...

- Sejam obedecidos os requisitos do “NGS2” (Nível de Garantia de Segurança 2) do Manual de Certificação para S-RES da SBIS.

- Sejam obedecidas as normas da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar e Comissão de Revisão de Prontuários.

- Os métodos de digitalização reproduzam todas as informações dos documentos originais.

- Os arquivos digitais sejam controlados por sistema especializado (GED – Gerenciamento Eletrônico de Documentos), que provê um meio de facilmente capturar, armazenar, preservar, controlar, compartilhar e recuperar informações existentes em documentos eletrônicos.

Uma dúvida que sempre nos preocupa:

- É permitido de manter arquivo apenas eletrônico no consultório?

Resposta: Inexiste exigência no Código de Ética Médica ou em Resoluções do CFM de se manter arquivo em papel, e o que importa, efetivamente, é o sigilo das informações e a sua recuperabilidade. Assim, nada obsta que o médico utilize computadores no desempenho de suas atividades .
(Processo Consulta CFM 1.345/93 e Processo Consulta CFM 806/97).

Vantagens da Informatização de Prontuários

- Respeito ao segredo médico (limitação ao acesso pelo emprego de senhas e Certificado Digital);
- Recuperabilidade dos dados (cópias de segurança);
- Fácil acesso às informações;
- Disponibilidade;
- Legibilidade;
- Agilidade no atendimento;
- Facilidade para pesquisas coletivas;
- Segurança;
- Economia de espaço físico.

- Um dia, meu filho, saberemos o que está escrito ali !

“Mais vale uma pálida tinta do que uma boa memória”

Confúcio, filósofo chinês
(551 a.C. - 479 a.C.)

Obrigado pela atenção!

Conselheiro Aizenaque Grimaldi de Carvalho