

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO SOBRE GESTÃO DA POLÍTICA DE DST, AIDS,
HEPATITES VIRAIS E TUBERCULOSE – EAD**



PLANO DE INTERVENÇÃO

PRONTUÁRIOS E REGISTROS: Análise sobre o registro completo das informações sobre saúde dos pacientes do PMCTB, em prontuários manuais.

MOEMA OLIVEIRA DA CUNHA

Pelotas – RS

2017

MOEMA OLIVEIRA DA CUNHA

PLANO DE INTERVENÇÃO

PRONTUÁRIOS E REGISTROS: Análise sobre o registro completo das informações sobre saúde dos pacientes do PMCTB, em prontuários manuais.

Trabalho de conclusão de curso, apresentado à Universidade Federal do Rio Grande do Norte para obtenção do título de Especialista no Curso Especialização sobre Gestão da Política de DST, Aids, Hepatites Virais e Tuberculose.

Orientador: Prof^o. Marquiony Marques dos Santos

Pelotas – RS

2017

RESUMO

Este trabalho é um Plano de Intervenção, estudo realizado em um órgão municipal da secretaria de saúde de Pelotas/RS, no serviço de atendimento à tuberculose. O objetivo do estudo foi avaliar os prontuários dos pacientes em tratamento quanto à qualidade dos registros nestes grafados e detectar se são suficientes para a utilização da equipe multiprofissional. O estudo consistiu em leitura e análise dos prontuários vivos dos pacientes do Programa Municipal de Controle da Tuberculose, no período de dezembro/2016 a janeiro de 2017, quanto às informações de saúde nestes registradas. Foram analisados 140 prontuários e encontradas inconsistências em 38,57% destes. As informações que aparecem com mais problemas são: a falta de registro dos testes rápidos, peso e estatura do paciente e tempo de tratamento. A intervenção foi positiva e resultou em uma pactuação entre os membros da equipe de atendimento, que entenderam ser muito importante melhorar a qualidade dos registros grafados. A análise dos prontuários do PMCT possibilitou visualizar e colocar para a equipe multiprofissional que atende ao programa o quanto se cometem falhas evitáveis, mas que podem ser extintas, melhorando deste modo a qualificação do trabalho diário.

Palavras chaves: prontuários; registros de saúde; serviço de tuberculose

ABSTRACT

This work is an Intervention Plan, a study made in a municipal organ of the Health Secretariat of Pelotas/RS, in the treatment of tuberculosis. The objective of this study was to evaluate the medical records of patients in treatment regarding the quality of the records and detect whether they are sufficient for the use of the multidisciplinary team. The study consisted in reading and analyzing medical records of patients in the Municipal Program of Tuberculosis Control, during the period of December 2016 to January 2017, regarding the health information in these. 140 records were analyzed and 38,57% of these had inconsistencies. The information that appears to have more problems are: the lack of registration of quick tests, weight and stature of the patient, and time in treatment. The intervention was positive and resulted in an agreement between the team members, who understood it is very important to improve the quality of the records shown. The analysis of the PMT records made it possible to see and show to the multidisciplinary team that is responsible for the program how many avoidable mistakes are made, but that those can be extinct, thus making the qualification of the daily work better.

Key words: charts; health records; TB service.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
1.1. Revisão de Literatura	9
1.1.1. Manual do Prontuário de Saúde da Família	9
1.1.2. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil	10
1.1.3. Manual Técnico para o Controle da Tuberculose	10
1.1.4. Conformidade no Prontuário do Paciente: um desafio permanente	10
1.1.5. Registros em Saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil	11
1.1.6. Gestão da Saúde: a importância do prontuário do paciente	11
1.1.7. Avaliação das Informações de Tuberculose (1989-1999) de um centro de saúde Escola da cidade de São Paulo	11
1.1.8. A qualidade dos registros em prontuários em unidades básicas de saúde de São Paulo	12
2. OBJETIVOS	13
2.1. Objetivo Geral	13
2.2. Objetivos Específicos	13
3. METODOLOGIA	14
3.1. Cenário do Plano de Intervenção	14
3.2. Elementos do Plano de Intervenção	14
3.3. Fragilidades/Oportunidades	15
3.4. Processo de Avaliação	15
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
REFERÊNCIAS	18

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho trata-se de um Plano de Intervenção na área da saúde e tem como temática: Prontuário e registros de saúde.

A etimologia da palavra “Prontuário” vem do latim *Promptuariu* e significa, entre outros, segundo os dicionários Michaelis e Aurélio: “lugar onde se guardam objetos que podem ser necessários a qualquer momento”. No caso dos prontuários médicos, não se guardam objetos, mas como se o fossem, pois eles guardam informações úteis sobre a história clínica de uma pessoa.

Historicamente há sinais da existência do prontuário que antecedem a 2500 a.C. Um dos documentos mais antigos que se conhece é o Papiro atribuído ao primeiro médico egípcio, Inhotep, considerado o patriarca da Medicina. Nos modelos atuais, foi idealizado por Flexner, em 1910. Aqui no Brasil, o Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, em 1943, foi quem implantou um sistema de arquivo médico, denominado SAME. Com a Previdência Social, na década de 70, desenvolveu-se a exigência quanto à melhoria nos registros médicos, principalmente em hospitais. Nos anos 90, através da Portaria nº40 de 30/12/1992, a Secretaria de Assistência a Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) instituiu o registro obrigatório, em prontuário único, das atividades desenvolvidas pelas diversas categorias profissionais.

No “Manual do Prontuário de Saúde da Família”¹, encontramos a definição da palavra “Prontuário” segundo o Conselho Federal de Medicina e o Ministério da Saúde, respectivamente:

- **Art. 1º** - [...] 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.
- Prontuário é todo acervo documental padronizado, organizado e conciso referente ao registro dos cuidados prestados ao paciente e também os documentos relacionados a essa assistência. (2007, p. 19/20)

¹ MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Manual do prontuário de saúde da família. Belo Horizonte: SES/MG, 2007. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2876.pdf>>

Ambas são definições que se complementam, a do CFM trata de definir o documento em si e a do MS abrange o acervo documental padrão. Portanto, entende-se que prontuário é documento de comunicação entre profissionais, usuários e serviço de saúde. Pode ser registrado em papel ou informatizado, como pedem os novos tempos, e tem por finalidade facilitar a manutenção do acesso às informações fornecidas pelo paciente durante o atendimento, seja este em internação hospitalar ou ambulatorial. Agrega resultados de exames, de procedimentos realizados, com finalidade diagnóstica ou terapêutica. É importante nas possíveis complicações de ordem técnica, ética ou jurídica que possam eventualmente surgir e por fim é o histórico de interações do usuário/paciente com o serviço de saúde, devendo, por isso, ser o maior e mais completo repositório de informações e também a base de um sistema organizado de informações de saúde. O prontuário têm funções bem definidas: comunicação, educação e gerência de dados.

O prontuário documento exige uma composição formal e esta foi estabelecida através da Resolução CFM 1638, Resolução do CFO 042/2003 e a Deliberação do COREN-MG 135/2000. Estas dispõem sobre os registros nele grafados: identificação do usuário/paciente, anamnese, diagnóstico, evolução datada, relato dos procedimentos realizados, assinatura do profissional atendente e letra legível. Estes são os registros mínimos que deve conter o documento.

Diante do exposto, fica clara a importância deste documento e os registros nele contidos. O preenchimento adequado destas informações é que irá definir a qualidade do documento e fornecer subsídios para dirimir qualquer dúvida posterior, sejam elas de ordem clínica, ética ou legal.

Quanto aos aspectos éticos e legais, o Código de Ética de Medicina, através da Resolução nº 1.246 de 08/01/1998² estabelece como obrigação para o médico: “elaborar prontuário individual ao paciente, manter sigilo quanto às informações nele contidas e orientar os auxiliares sobre o mesmo, assim como evitar que pessoas não obrigadas ao segredo profissional os manuseiem”.

² **Código de Ética Médica: e textos legais sobre ética em medicina.** 2. ed. São Paulo : Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2007. Disponível em: <http://itarget.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/temp/Cod_Etica_Med_Cremesp_2007.pdf>

A Resolução do COFEN 272/2002, prevê no Art. 2º que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deve ocorrer em todas as instituições de saúde, pública ou privada, e no Art. 3º prevê o registro formal no prontuário do paciente.

Desta forma, a auditoria de prontuários possibilita a identificação de possíveis deficiências, gerando discussões que subsidiem ações educativas visando o aprimoramento dos registros e da qualidade da assistência prestada.

Este plano de intervenção tem como problemática a análise dos prontuários vivos do Programa Municipal de Controle de Tuberculose (PMCT), onde trabalho, quanto aos dados/registros mínimos neles contidos e outros de maior relevância para a eficiência do serviço prestado, de modo que, as anotações sejam suficientes para o acompanhamento pleno das mesmas pelo usuário, pela equipe multiprofissional e também pelo serviço de saúde, com o intuito de que todos possam usufruir de boa comunicação entre eles e de um cuidado de qualidade.

O programa está inserido no nível secundário de atenção e faz parte da “Rede de Atenção em Saúde”, ofertada pelo SUS. Funciona em único turno de atendimento, pela manhã, e atende aproximadamente duzentos usuários/mês. Fazem parte da equipe multiprofissional: duas médicas (uma pneumologista e uma clínica geral), uma atendente, uma assistente social e uma enfermeira. Diariamente, estes profissionais mantêm contato com outros departamentos de saúde municipal, assim como, com serviços estaduais e federais de saúde acerca do acompanhamento do usuário/paciente. Razão pela qual o trabalho da equipe deve ser da melhor qualidade, evitando possíveis desentendimentos ou falhas na comunicação.

Tuberculose (TB), doença infectocontagiosa causada por uma bactéria que afeta principalmente os pulmões, mas também podendo ocorrer em outros órgãos do corpo, como ossos, rins, meninges. É uma doença transmissível e anualmente são notificadas cerca de 10 milhões de novos casos em todo o mundo, levando mais de um milhão de pessoas a óbito. O surgimento da AIDS e o aparecimento de focos da tuberculose resistente ao medicamento agravam ainda mais esse cenário mundial.

No Brasil, a tuberculose é um sério problema de saúde pública, com profundas raízes sociais. Por ano, são notificados aproximadamente 70 mil casos novos e vão a óbito cerca de 4,5 mil pessoas em decorrência da doença.

A tuberculose tem cura e o tratamento é gratuito, disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com duração de seis meses. O governo também faz a prevenção da doença, através da imunização, em crianças recém-nascidas e até um ano de vida ou no máximo até completar quatro anos, com a vacina BCG. Exceção, aquelas crianças que nascem soropositivas ou apresentam sinais e sintomas de AIDS. Estas, não devem receber a vacina.

Diagnóstico de Tuberculose: A doença é causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, e como descrito anteriormente, pode acometer uma série de órgãos e ou sistemas. Na forma pulmonar é mais frequente, e também a mais relevante para a saúde pública, pois esta forma é, especialmente a bacilífera, a responsável pela cadeia de transmissão da doença.

Tuberculose pulmonar poderá se apresentar sob a forma primária, pós-primária ou miliar. Os sintomas clássicos da doença são: tosse persistente, produtiva ou não, com muco e eventualmente sangue, febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento.

TB pulmonar primária é comum em crianças, apresenta-se geralmente de forma insidiosa. Paciente irritadiço, febre baixa, sudorese noturna e inapetência.

TB pós-primária pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais comum em adolescente e no adulto jovem. A principal característica é a tosse seca ou produtiva. A expectoração pode ser purulenta ou mucóide, com ou sem sangue. Febre vespertina em torno de 38,5°C. A sudorese noturna e a anorexia são bastante comuns nesta faixa etária.

TB miliar recebe esta denominação devido ao aspecto radiológico pulmonar. É uma forma grave e ocorre em 1% dos casos de TB em pacientes HIV soronegativos, e em até 10% dos casos em pacientes HIV soropositivos, em fase avançada de imunossupressão. A apresentação clínica clássica é a aguda, mais comum em crianças e adultos jovens. Os sintomas são febre, astenia e emagrecimento, em 80% dos casos ocorre associação com tosse. Pode ocorrer hepatomegalia, alterações no sistema nervoso central e alterações cutâneas do tipo eritemato-máculo-pápulo-vesiculosas.

A tuberculose extrapulmonar, como o próprio nome diz, apresenta-se fora dos pulmões e pode acometer qualquer outro órgão do sistema. Têm sinais e sintomas dependentes do local acometido. A ocorrência aumenta em pacientes com AIDS, especialmente aqueles com imunocomprometimento grave.

O que deve ser registrado no prontuário do paciente do PMC?

Como os demais prontuários, deve conter todas as informações necessárias para o diagnóstico, acompanhamento do usuário e número de identificação para o sistema de arquivo do serviço.

- **Identificação:** data de nascimento, nome da mãe, endereço, telefones de contato pessoal e de parentes próximos;
- **Registro clínico** {anamnese, exames realizados (baciloscopia de escarro, cultura, radiológico), impressão diagnóstica, conduta e encaminhamentos, esquema de tratamento utilizado (medicação, dosagem, horário, tempo de tratamento)};
- **Registro de enfermagem** (exames realizados: testes rápidos, peso e estatura);
- Evolução clínica do paciente;
- Data e assinatura dos profissionais envolvidos no atendimento/cuidado, bem como carimbo com o número do conselho de classe respectivo; e outras informações que o serviço veja como indispensável.

Todas as informações devem ser precisas, facilitando assim a tomada de decisões.

1.1. Revisão de Literatura

Para a revisão conceitual e operacional ligada a aspectos relacionados à organização do prontuário e o processo de registros nele grafados, optou-se por pesquisar e registrar os correlacionados ao Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que o serviço onde está sendo realizado este estudo pertence ao sistema.

1.1.1. Manual do Prontuário de Saúde da Família

Manual organizado pela equipe técnica de saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, validado através de Plano Piloto, executado em Unidades de Saúde com Estratégia em Saúde da Família, na cidade mineira de Itabira. Abrangente, reúne todas as informações necessárias para o desenvolvimento de um sistema de registros em saúde, do individual ao coletivo, assim como em todas as faixas etárias, inclusive com fichas modelo para cada situação. (MINAS GERAIS.

Secretaria de Estado de Saúde. Manual do Prontuário de Saúde da Família. Belo Horizonte: SES/MG, 2007 254p.)

1.1.2. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil

Manual elaborado pelo Ministério da Saúde com coordenação geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Muito mais do que um guia completo de informações e gerenciamento para tomada de decisões no trabalho diário com o paciente TB. (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011 284p.)

1.1.3. Manual Técnico para o Controle da Tuberculose

Manual técnico para uso da Atenção Básica em Saúde (ABS) contém informações sobre a tuberculose e serve como instrumento de capacitação de recursos humanos. (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 6ed.rev. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002)

1.1.4. Conformidade no Prontuário do Paciente: um desafio permanente

Relato de experiência no tema Gestão em Saúde, executado na cidade de São Paulo, pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde e apresentado no XXX Congresso de Secretários Municipais de São Paulo. A proposta do trabalho é avaliar os prontuários dos pacientes internados, tendo como objetivo principal diminuir as não conformidades nos prontuários desses pacientes; e buscar a excelência no atendimento. A análise serviu para que não conformidades fossem apontadas e novas ferramentas de trabalho fossem criadas e aplicadas por meio de educação permanente para conscientização dos profissionais envolvidos nesse processo de trabalho, promovendo mudança de atitudes e comportamentos. (PAVANELLO Filho, Ivo; BENESSIUTI, Maria Aparecida Testa. Título da

Experiência: Conformidade no prontuário do paciente: um desafio permanente. Gestão em Saúde. PMSP/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO.)

1.1.5. Registros em Saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil

Artigo desenvolvido por técnicos da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Osvaldo Cruz. Resultado de um estudo transversal que teve como referência a qualidade de prontuários dos pacientes da atenção básica, com o objetivo de contribuir na avaliação deste nível de atenção. Foram avaliados quatro municípios com população acima de 100 mil habitantes, durante o ano de 2004 no estado do Rio de Janeiro. Os achados demonstraram que em vários quesitos as informações encontradas estavam bem abaixo dos padrões exigidos pelo Ministério da Saúde. A análise sugere discutível qualidade do cuidado oferecido bem como dificuldades para a prática gerencial da Atenção Básica e implementação da Estratégia de Saúde da família. (VASCONCELLOS, MM et al.- Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup. 1:S173-S182, 2008)

1.1.6. Gestão da Saúde: A importância do prontuário do Paciente

Conteúdo sobre gestão da qualidade e excelência na área da saúde com ênfase no prontuário do paciente. Claro, conciso e com informações importantes sobre a importância do Prontuário, inclusive menciona a Organização Nacional de Acreditação (ONA) (in: Blog da Qualidade. www.blogdaqualidade.com.br consultado em: 15/02/2017)

1.1.7. Avaliação das informações de Tuberculose (1989 – 1999) de um Centro de Saúde Escola da cidade de São Paulo

Artigo publicado em revista da Universidade de São Paulo, resultado de um estudo realizado em um Centro de Saúde Escola da cidade de São Paulo. O período estudado foi de dez anos e o resultado da pesquisa aponta que foram tratados apenas 590 casos de tuberculose no mesmo. (NOGUEIRA, Péricles Alves et al. Rev. Bras. Epidemiologia [online]. 2001, vol.4, n.2, pp. 131-138. in: www.scielo.com.br consultado em: 16/02/2017)

Não utilizado o Artigo, devido ao fato de que os itens analisados nesse diferem daqueles ao qual este Plano de Intervenção se propõe em verificar que são: coerência nos registros grafados nos prontuários.

1.1.8. A qualidade dos registros em prontuários em unidades básicas de saúde de São Paulo

Trata-se de um trabalho apresentado em um congresso virtual brasileiro de educação, gestão e promoção da saúde. É um estudo de auditoria realizado no ano de 2011 em prontuários de quinze UBS-ESF da cidade de São Paulo, geridas pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina. Programa de Atenção Integral à Saúde (SPDM-PAIS).

O estudo foi executado a partir de um instrumento estruturado, ficha modelo, onde os itens levantados eram comparados e preenchidos conforme iam sendo verificados. Após este levantamento, foram analisados, organizados e traduzidos em gráficos. O que permite uma visão bastante clara e concisa do trabalho de auditoria. Bastante interessante. (MALAMAN, Aline O. et al. Convibra Saúde – Congresso Virtual Brasileiro de Educação, Gestão e Promoção da Saúde. in: saude.convibra.com.br acessado em: 16/02/2017)

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar os prontuários dos pacientes em tratamento para tuberculose no PMCT quanto à qualidade dos registros ali grafados e detectar se são suficientes para a utilização da equipe multiprofissional.

2.2. Objetivos Específicos

- Analisar o conteúdo grafado;
- Comparar com os padrões necessários exigidos pelo serviço;
- Sugerir, adicionar ou subtrair informações importantes para o bom desempenho do trabalho posteriormente, justificando-as.

3. METODOLOGIA

O método utilizado para este estudo é o descritivo, através de pesquisa documental. Esse tipo de estudo pretende descrever, com exatidão, os fatos e fenômenos de determinada realidade. Assim, exige do pesquisador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. (TRIVIÑOS ANS. 1987 In: SETZ e D'INNOCENZO)

O método de coleta de dados, utilizado para este estudo, foi pesquisa documental. Neste estudo a análise de documento foi realizada por meio da leitura analítica dos prontuários dos pacientes.

3.1. Cenário do P.I.

O estudo foi realizado entre 01/12/2016 e 31/01/2017 em um Centro de Especialidades do município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, no Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT). Um serviço de nível médio de atenção, vinculado ao Departamento de Ações em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde.

Este serviço não só atende a população de Pelotas, mas também de outros municípios vizinhos, pactuados dentro da região da 3ª Coordenadoria Estadual de Saúde. É um centro que presta assistência ao tuberculoso e sua família, no que se refere à investigação, encaminhamento de exames, prevenção, tratamento, distribuição de medicamentos e acompanhamento.

3.2. Elementos do Plano de Intervenção

A partir da análise das informações registradas nos prontuários dos pacientes, surgiu então a necessidade de compartilhar com a equipe profissional sobre os achados e solicitar uma avaliação conjunta para melhorar a qualidade e o resultado do trabalho.

Foi traçado um plano de trabalho para melhor aproveitamento do estudo, o qual se apresenta na sequência.

Plano de análise e avaliação compartilhada:

- a. Levar ao conhecimento da equipe os achados na análise preliminar das informações;
- b. Ouvir os profissionais envolvidos no registro de tais informações;

- c. Colocar para o grupo sobre a importância das informações que deve conter um prontuário eficaz para o desenvolvimento do trabalho em equipe, a satisfação do paciente e do serviço no qual estão inseridos;
- d. Elaborar um novo modelo de prontuário ou adaptar o existente adicionando ou suprimindo algumas informações em conjunto com a equipe.

3.3. Fragilidades/Oportunidades

Quanto às fragilidades potenciais que poderão não viabilizar a execução do Plano de Intervenção, no presente caso, acredito são nulas tendo em vista que se faz necessária uma reformulação das informações registradas atualmente nos prontuários do programa.

O momento é oportuno para sensibilizar a equipe e colocar em ação um modo de cuidado muito mais efetivo, com informações fidedignas que promovam fluidez dentro do serviço, evitando repetitivas confirmações de registros grafados incompletos; e também, informações seguras para qualquer tipo de intervenção futura nestes prontuários. Atualmente, o programa está passando por um processo de revisão para melhorar a efetividade do serviço.

3.4. Processo de avaliação

Entre 01/12/2016 e 31/01/2017 foram analisados, isto é, procedeu-se a leitura de cento e quarenta (140) prontuários de pacientes do PMCT, em tratamento. Nove (09) destes pacientes estão em tratamento preventivo, que recebe a denominação de “Químio”; Cento e vinte (120) fazem algum tipo de tratamento para o combate da tuberculose, sendo que destes, onze (11) estão em tratamento com medicações especiais (ME), os restantes, cento e nove (109), fazem o tratamento convencional/esquema básico e onze (11) fazem o tratamento de combate da TB dentro da casa de reclusão, recebendo a denominação de “Presídio”, neste momento.

Foi necessário criar um modelo (ANEXO-1) com os itens essenciais que devem constar no prontuário do PMCT para que se procedesse à análise, de modo que atendesse aos objetivos do estudo. Critério utilizado para análise: CONSTA(C)/NÃO CONSTA(NC).

Ficou constatado que dos 09 prontuários quimio, três (33,3%) não continham dados suficientes para completude das informações, sendo que, nestes NC o registro do peso e estatura do indivíduo; entre os 11 prontuários de pacientes ME, em três (27,2%) as informações mais omitidas/NC foram peso, estatura e tempo de tratamento; nos 109 prontuários do tratamento convencional, em 37 (33,9%) a informação mais incompleta/NC é aquela que se refere ao peso e estatura do paciente; e quanto aos 11 prontuários presídio, em 100% não aparecem/NC quanto ao peso e os testes rápidos. Na análise geral ($54=3+3+37+11$) 38,57% dos documentos apresentam registros incompletos.

De modo geral, os problemas encontrados nos registros dos prontuários foram: falta de anotação de peso, estatura, tempo de tratamento e testes rápidos. Além destas, também foram encontradas falhas como ilegibilidade e falta de telefone de contato, mas em número praticamente desprezível.

4. Considerações Finais

O prontuário do paciente é um documento único constituído de um conjunto de informações (anotações/registros) geradas a partir de fatos e situações sobre o mesmo. Isto é o que possibilita a comunicação paciente-profissional e entre os membros da equipe que o atende, gerando assim um histórico do cuidado ao paciente.

Se por alguma razão uma destas informações for truncada comprometerá a assistência a ele dispensada, bem como ao fluxo normal do serviço de atendimento em saúde. “[...] a qualidade dos registros efetuados é reflexo da qualidade da assistência prestada, sendo ponto chave para informar acerca do processo de trabalho.” (Donabedian. In: Vasconcellos, et al. 2008)

A padronização dos registros de acompanhamento se faz necessária, mesmo que já existam, é preciso melhorá-las visto que existem falhas no que se refere às anotações de rotina como pesar e medir o paciente, registrar o resultado dos testes rápidos, o tempo de tratamento para cada medicação indicada e cuidar para que estas anotações sejam feitas em grafia legível para o entendimento de qualquer pessoa que os manuseie. Isto poderá evitar interpretações errôneas e perda de tempo com a procura de colegas para dirimir dúvidas.

A análise dos prontuários do PMCT possibilitou visualizar e colocar para a equipe multiprofissional que atende ao programa o quanto cometemos falhas evitáveis, mas que podem ser extintas, melhorando deste modo a qualificação do nosso trabalho diário.

Para tornar o serviço mais seguro, em todos os sentidos, resolveu-se em equipe, fazer um novo modelo de prontuário (ANEXO-3) onde retiramos algumas informações muito pouco utilizadas no atual modelo vigente (ANEXO-2) e adicionamos outras informações importantíssimas e ou obrigatórias para a rotina do serviço como o número do cartão do Sistema Único de Saúde (SUS), por exemplo.

Este Plano de Intervenção possibilitou além de analisar os resultados obtidos, através da pesquisa nos prontuários do Programa Municipal de Controle da Tuberculose, promover uma reflexão sobre o nosso fazer diário, rotineiro dando visibilidade ao grupo/equipe e firmar o comprometimento da equipe para melhorar ainda mais os resultados do programa. Foi proposto pela equipe avaliações futuras e periódicas para melhorar outros setores que também requerem um aperfeiçoamento e assim tornar o serviço mais efetivo.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Catia. Gestão da Saúde. A Importância do Prontuário do Paciente. 2015 In: <blogdaqualidade.com.br> Acessado em: 15/02/2017

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual do Prontuário de Saúde da Família. Secretaria de Estado de Saúde Minas Gerais, Belo Horizonte – MG. SES/MG/2007 254p.

_____. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília - DF, 2011 284p.

_____. Manual Técnico para o Controle da Tuberculose. Cadernos de Atenção Básica, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. 6ª. ed ver e ampl. Brasília-DF, MS, 2002

Código de Ética Médica: e textos legais sobre ética em medicina. 2. ed. São Paulo : Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2007. Disponível em:

<http://itarget.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/temp/Cod_Etica_Med_Cremesp_2007.pdf>

MALAMAN, Aline O. et al. A Qualidade dos Registros em Prontuários em Unidades Básicas de Saúde de São Paulo. CONVIBRA-Congresso Virtual Brasileiro de Educação, Gestão e Promoção da Saúde. In: saúde.convbra.com.br Acessado em: 15/02/2017

PAVANELLO, Ivo F. e BENESSIUTI, Maria A.T. Conformidade no Prontuário do Paciente: Um desafio permanente. Gestão em Saúde. PMSP – Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. São Paulo-SP, 2016

SETZ, Vanessa G. e D'INNOCENZO, Maria. Avaliação da Qualidade dos Registros de Enfermagem no Prontuário por meio da Auditoria. In: Acta Paul Enferm. 2009, 22(3): 313-7

VASCONCELLOS, Miguel M. et al. Registros em Saúde: Avaliação da qualidade do prontuário do paciente na Atenção Básica. Rio de Janeiro, Brasil. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro-RJ. 24 sup. 1:S173-182, 2008

ANEXOS

ANEXO 1:

Lista de apoio para análise das principais informações que deve conter no prontuário do PMCT

- 1) Dados de identificação (nome completo, data de nascimento; nome da mãe; endereço; telefones de contato pessoal e de parentes próximos, número do cartão SUS, número do prontuário do paciente e nome de possíveis contactantes);
- 2) Peso e altura;
- 3) Registro clínico: anamnese, exames realizados (baciloscopia de escarro, cultura, radiológico), impressão diagnóstica, conduta e encaminhamentos, evolução clínica;
- 4) Registro de enfermagem (testes rápidos: HIV/Aids, Sífilis, Hepatites B e C);
- 5) Medicação utilizada, dosagem e tempo de tratamento;
- 6) Aprazamento de nova consulta;
- 7) Data e assinatura dos profissionais envolvidos no atendimento/cuidado e outras informações que o serviço veja como indispensável.

