

Avaliação da qualidade de prontuários médicos de uma Unidade Básica de Saúde: Desafio para caracterização do perfil epidemiológico dos usuários atendidos

Evaluation of the quality of medical records in a Basic Health Unit: The challenge to characterize the epidemiological profile of the users served

Gabriela Souza Fernandes¹; João Lucas Lana Pereira¹; Neuman Augusto Clemente Bedetti¹; Marina Corrêa Lima¹; Lucas Ribeiro de Andrade Nascimento¹; Luis Henrique Gomes Neves²; Dayany Leonel Boone¹; Rafael Henrique Neves Gomes¹; Waneska Alexandra Alves¹.

RESUMO

Introdução: O prontuário médico é um importante instrumento de informação sobre o histórico clínico do paciente, facilitando a assistência e administração do serviço. O registro inadequado das informações prejudica a adoção de condutas clínicas, o levantamento de dados epidemiológicos e o planejamento de políticas de saúde. **Objetivo:** Estudar o perfil dos atendimentos e a qualidade de preenchimento dos prontuários dos usuários atendidos no Centro de Saúde de Governador Valadares, Minas Gerais, no período de 1 de janeiro a 30 de abril de 2015. **Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo e observacional a partir de dados retrospectivos coletados de prontuários médicos. As variáveis analisadas nos prontuários foram: número do prontuário, sexo, idade, bairro, queixa principal e diagnóstico provável. **Resultados:** Dos 2.000 prontuários analisados, 52,1% eram pacientes do sexo feminino, sendo que 46,2% eram pessoas com idade entre 20 e 49 anos. Em relação à queixa, 9,1% relataram cefaleia; 7,9% dor abdominal; 7,3% dores em membros; 7,3% febre; 3,4% não relatavam queixa e 1,4% eram prontuários ilegíveis. Em relação ao diagnóstico, em 53,7% dos prontuários este se encontrava ausente, ilegível ou apresentava sintomatologia como diagnóstico. Dos diagnósticos preenchidos corretamente, a maioria eram doenças do aparelho respiratório. **Conclusões:** A ilegibilidade e preenchimento errôneo demonstram o preenchimento inadequado e, portanto, uma possível incapacidade de estabelecimento de vínculo efetivo. A partir das fragilidades identificadas percebe-se a necessidade de estratégias de educação permanente para melhoraria da qualidade de preenchimento dos prontuários médicos.

Palavras-chave: Registros Médicos; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde.

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, Departamento de Medicina - Governador Valadares - Minas Gerais – Brasil

² Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, Departamento de Fisioterapia - Governador Valadares - Minas Gerais – Brasil

Instituição:

Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, Departamento de Medicina - Governador Valadares - Minas Gerais - Brasil.

* Autor Correspondente:

Gabriela Souza Fernandes
gsfernandes233@gmail.com

Recebido em: 28/12/2017.

Aprovado em: 08/07/2019.

ABSTRACT

Introduction: The medical record is an important instrument of information about the clinical history of the patient, facilitating the care and administration of the service. Inadequate registration impairs the adoption of clinical practices, the collection of epidemiological data and the planning of health policies. **Objective:** To study the profile of patients and the quality of medical records of the users served at the Health Center of Governador Valadares, Minas Gerais, from January 1 to April 30, 2015. **Methods:** A descriptive and observational study from retrospective data collected from medical records was realized. The variables analyzed in the medical records were: record number, sex, age, neighborhood, main complaint and probable diagnosis. **Results:** Of the 2,000 charts analyzed, 52.1% were female and 46.2% were people aged between 20 and 49 years. Concerning the complaint, 9.1% reported headache; 7.9% abdominal pain; 7.3% pain in limbs; 7.3% fever; 3.4% reported no complaint and 1.4% were illegible records. Regarding the diagnosis, 53.7% of the medical records were absent, illegible or presented symptomatology as a diagnosis. Of the diagnoses correctly completed, diseases of the respiratory system were the most prevalent. **Conclusions:** Illegibility and incorrect information demonstrate an inadequate inability to establish an effective doctor-patient relationship. The fragilities identified evince the need of permanent education strategies to improve the quality of medical records. **Keywords:** Medical Records; Primary Health Care; Health Services Evaluation; Quality of Health Care.

INTRODUÇÃO

O prontuário médico, documentação constituída de formulários padronizados destinados ao registro do indivíduo no contexto dos serviços de saúde, tem como objetivo facilitar a assistência ao paciente; promover meios de comunicação entre os profissionais de saúde; assegurar a continuidade do atendimento; e prestar suporte para a área administrativa do serviço, nos aspectos financeiros e legais.^{1,2} Sua importância é demonstrada no artigo 69º do Código de Ética Médica e no artigo 1º da Resolução 1.638 do Conselho Federal de Medicina (CFM), em que “o médico assume o dever de elaborá-lo para cada paciente”, no intuito de valorizar as individualidades e prestar uma atenção baseada na subjetividade.²⁻⁴ Percebe-se, entretanto, uma baixa qualidade no preenchimento dos prontuários médicos, com elevada frequência de diagnósticos ilegíveis, incoerentes, incorretos e ausentes.⁵

A incoerência dos relatos clínicos, que se constrói a partir da não disposição dos fatos em ordem cronológica, da não fixação dos médicos em unidades de atenção primária, que resulta na constante renovação de profissionais, bem como da ilegibilidade dos dados, facilitam a descontinuidade do cuidado.⁶ Além disso, o preenchimento inadequado, ilegível ou a omissão de informações nos prontuários médicos ferem os direitos dos usuários – mais especificamente, o de ter suas “histórias clínicas preservadas e documentadas”.¹

Por outro lado, o registro adequado das informações sociodemográficas pelos profissionais da atenção primária,

associado à realização de pesquisas científicas acerca do perfil clínico-epidemiológico de determinada comunidade, permite o correto estudo da realidade local, a adequação dos protocolos e programas, bem como a correta “alocação dos recursos materiais e humanos” investidos pelos serviços de saúde, aumentando o grau de eficiência do atendimento.^{7,8}

O município de Governador Valadares, Minas Gerais, localizado no Vale do Rio Doce, possuía, no ano de 2017, uma população estimada de 280.901 habitantes distribuída em uma área de 2.342.325 km², sendo o nono município mais populoso do estado.^{9,10} O Hospital Municipal de Governador Valadares (HMGV) é público e atende a maior parte da população do município e cidades vizinhas em atividades hospitalares e ambulatoriais de baixa, média e alta complexidade.

Tendo em vista o alto fluxo de atendimento do hospital, com até 300 pessoas por dia, foi inaugurado, no dia 15 de fevereiro de 2015, o Centro de Saúde Dr. Ruy Pimenta Filho, com a finalidade de dar suporte ao atendimento médico municipal. Com uma média de 200 pacientes atendidos por dia, o Centro de Saúde também foi referência em casos de raiva, malária e dengue. Por diminuir o problema da lotação no HMGV, o Centro se estruturou como uma iniciativa de ordenar o acesso à rede pública de saúde do município através da modificação da oferta de serviços, alterando, significativamente, o atendimento aos usuários e o trabalho das equipes.¹¹

A qualidade dos prontuários de um centro de saúde do porte do Ruy Pimenta pode demonstrar as limitações e as

potencialidades inerentes ao serviço, como reflexo de sobrecargas ou do método de arquivamento (na unidade referida é feito uso do prontuário de papel); em uma esfera conjectural, ainda, pode sugerir informações acerca da própria qualidade do atendimento prestado, já que a documentação inadequada, além de dificultar a continuidade do cuidado em um contexto hospitalar, ainda pode estar relacionada a uma maior quantidade de eventos adversos, conforme demonstrado por Pavão *et al.*⁴

Dada a importância do prontuário para a adoção de condutas clínicas, assim como para fonte de pesquisas de dados para levantamentos epidemiológicos e planejamentos de políticas de saúde, e, sabendo a importância da epidemiologia e das políticas públicas para a efetividade do sistema nacional de saúde, é importante compreender as falhas de preenchimento, insuficiência ou prestação errônea de informações, para intervir e conscientizar os profissionais da saúde, especialmente os médicos, sobre a importância do preenchimento adequado dos prontuários.

Poucos estudos atuais se detêm à análise da qualidade desses dados, sobretudo na atenção terciária. Assim, o objetivo da pesquisa foi estudar o perfil dos atendimentos e a qualidade do preenchimento dos prontuários dos usuários atendidos no Centro de Saúde Dr. Ruy Pimenta Filho no período de 1 de janeiro a 30 de abril de 2015.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e observacional em que os dados, retrospectivos, foram coletados de prontuários médicos dos pacientes atendidos no Centro de Saúde Dr. Ruy Pimenta Filho no período de 1 de janeiro a 30 de abril de 2015. As variáveis analisadas nos prontuários foram: número do prontuário, sexo, idade, bairro, queixa principal e diagnóstico provável.

Os prontuários analisados, à base de papel, de preenchimento manual, continham dados de identificação do paciente, preenchidos pela recepção do serviço de saúde, e campos abertos para queixa principal, história clínica, diagnóstico provável e conduta, preenchidos pelo médico assistente.

Para o cálculo do tamanho amostral, considerou-se a queixa principal “edema”, que possui uma estimativa de prevalência de 3% sobre a amostra a ser analisada. Utilizou-se o *Software* Livre R que, sob uma margem de erro de 1%, calculou um número mínimo de 1.059 prontuários para serem analisados. Tendo em vista possíveis perdas, foram utilizados 2.000 prontuários.

Foram inclusos os prontuários médicos preenchidos no período de 1 de janeiro a 30 de abril de 2015. Uma amostra probabilística aleatória simples foi selecionada pelo programa de informática SPSS versão 21.0, por meio da opção *Random Samples of Cases*, a partir do sorteio de dez dias úteis para cada mês analisado. Para cada dia selecionado, contabilizaram-se 50 prontuários, não sendo excluídos os prontuários com variáveis ausentes ou ilegíveis.

As variáveis de estudo foram coletadas e preenchidas em tabelas previamente padronizadas no *software* Microsoft Excel 2010. Os resultados obtidos foram analisados utilizando estatística descritiva e apresentados por meio de tabelas de frequências.

O projeto foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o Parecer Consubstanciado Nº 1.402.237, de 3 de fevereiro de 2016.

RESULTADOS

Dos 2.000 prontuários analisados, as variáveis sexo e idade destacaram-se por estarem 100,0% preenchidas, sendo 52,0% pessoas do sexo feminino. A maioria dos pacientes (46,2%) tinham idade entre 20 e 49 anos, seguidos dos menores de 19 anos (34,4%) e dos maiores de 50 (19,3%) (Tabela 1).

Governador Valadares possui 83 bairros, sendo que os bairros Santa Rita, Altinópolis, Turmalina, Centro, Santa Helena, Zona Rural e Lourdes representaram juntos 32,7% dos atendimentos do centro de saúde (Tabela 1). Os demais apresentaram no mínimo uma ocorrência de atendimento.

Tabela 1. Perfil dos pacientes atendidos no Centro de Saúde Rui Pimenta, segundo variáveis demográficas, Governador Valadares, 2015

Variável	Nº de pacientes atendidos	%
Sexo	Masculino	48
	Feminino	52,1
Faixa etária	Menor 1 ano	2,6
	1 a 4 anos	6,2
	5 a 9 anos	2,6
	10 a 14 anos	3,1
	15 a 19 anos	8,4
	20 a 29 anos	17,7
	30 a 39 anos	15,2
	40 a 49 anos	13,3
	50 a 59 anos	11,7
	60 a 69 anos	10,1
Bairro	70 a 79 anos	5,9
	80 anos ou mais	3,4
	Santa Rita	6
	Altinópolis	5,3
	Turmalina	4,8
	Centro	4,6
	Santa Helena	4,2
	Zona Rural	4
	Lourdes	4
	Carapina	2,8
	NS das Graças	2,5
	Vila Isa	2,5
	São Paulo	2,5
	Jardim Atalaia	2,1
Santos Dumont	2,1	
Vila Bretas	2,1	
Outros	50,8	

Fonte: Centro de Saúde Dr. Ruy Pimenta Filho.

As 2.639 queixas principais (30% dos prontuários registraram mais de uma queixa) foram organizadas segundo Porto & Porto.¹² Dos pacientes, 241 (9,1%) relataram cefaleia, 210 (7,9%) dor abdominal – incluindo dor na parede abdominal (181; 6,8%), dor estomacal (23; 0,9%) e dor no colo, reto ou

ânus (6; 0,2%); 194 (7,3%) dores em membros; 192 (7,3%) febre; 174 (6,4%) tosse; 166 (6,3%) lombalgia; 145 (5,5%) dor na parede torácica (que não angina); 126 (4,8%) vômitos; 97 (3,7%) dores de garganta; 90 (3,4%) mialgia; e 80 (3,0%) diarreia (Tabela 2). A queixa principal edema foi encontrada em 54 registros (2,1%). Sessenta e nove prontuários não relatavam queixa principal (3,4%) e 1,4% estavam ilegíveis (Tabela 2).

Tabela 2. Queixas principais identificadas nos prontuários do Centro de Saúde Rui Pimenta, Governador Valadares, 2015.

Queixa principal	Nº absoluto de prontuários	Nº relativo de prontuários
Ilegíveis	36	1,8%
Ausente	69	3,5%
Diarreia	80	4,0%
Mialgia	90	4,5%
Dores de garganta	97	4,9%
Vômitos	126	6,3%
Dor na parede torácica	145	7,3%
Lombalgia	166	8,3%
Tosse	174	8,7%
Febre	192	9,6%
Dores nos membros	194	9,7%
Dor abdominal	210	10,5%
Cefaleia	241	12,1%

Fonte: Centro de Saúde Dr. Ruy Pimenta Filho.

A variável “diagnóstico” foi organizada segundo a Classificação Internacional das doenças (CID10) e não necessariamente representou um diagnóstico de certeza, mas por vezes uma hipótese. Em 1.075 (53,7%) prontuários analisados, o diagnóstico se encontrava ausente, ilegível ou apresentava sintomatologia como diagnóstico; e em 209 (10,4%) e 103 (5,1%) foram realizados curativos e aplicada medicação, respectivamente. Para os demais, os principais diagnósticos foram referentes a doenças do aparelho respiratório (152; 7,6%), a doenças infecciosas e parasitárias (72; 3,6%) e a doenças do aparelho digestivo (60; 3%); a

doenças do aparelho circulatório (53; 2,65%); a doenças do aparelho geniturinário (46; 2,3%) (Tabela 3).

Tabela 3. Hipóteses diagnósticas identificadas nos prontuários do Centro de Saúde Rui Pimenta, Governador Valadares, 2015.

Hipótese diagnóstica	Nº absoluto de prontuários	Nº relativo de prontuários
Doenças do aparelho geniturinário	46	2,3%
Doenças do aparelho circulatório	53	2,7%
Doenças do aparelho digestório	60	3%
Doenças infecciosas e parasitárias	72	3,6%
Medicação	103	5,2%
Doenças do aparelho respiratório	152	7,6%
Curativos	209	10,5%
Ausente, ilegível ou sintomatologia	1075	53,8%

Fonte: Centro de Saúde Dr. Ruy Pimenta Filho.

Dentre as doenças do aparelho respiratório, 119 (78,3%) foram referentes a infecções agudas das vias aéreas superiores. Dentre as doenças infecciosas e parasitárias, 19 (26,4%) foram referentes a doenças infecciosas intestinais; 13 (18,0%) a outras doenças por vírus que não pelo vírus da imunodeficiência humana, hepatite, arbovírus, entre outros; e 9 (12,5%) febres por arbovírus ou febres hemorrágicas virais, que, no caso, foram todas relacionadas à dengue.

Dentre as doenças do aparelho digestivo, 27 (45,0%) foram referentes a doenças do esôfago, estômago e ou duodeno; 16 (26,7%) a enterites e colites não infecciosas; e 05 (8,3%) a transtornos da vesícula biliar, vias biliares ou pâncreas. Dentre as doenças do aparelho circulatório, 39 (73,6%) foram referentes a doenças hipertensivas. Dentre as doenças do aparelho geniturinário, 23 (50,0%) foram referentes a outras doenças do aparelho urinário que não relacionadas a doenças glomerulares, insuficiência ou calcrose renal, sendo que, na maioria delas (9; 39,1%), o transtorno não foi especificado (Tabela 4).

Tabela 4. Especificações das principais hipóteses diagnósticas identificadas nos prontuários do Centro de Saúde Rui Pimenta, Governador Valadares, 2015.

Hipótese diagnóstica	Especificação	Nº absoluto de prontuários	Nº relativo de prontuários referente a determinada hipótese diagnóstica
Doenças do aparelho geniturinário	Doenças do aparelho urinário não relacionadas a doenças glomerulares, insuficiência ou calcrose renal	23	50,0%
Doenças do aparelho circulatório	Doenças hipertensivas	39	73,6%
Doenças do aparelho digestório	Doenças do esôfago, estômago e/ou duodeno.	27	45,0%
	Enterites e colites não infecciosas	16	26,7%
	Transtornos da vesícula biliar, vias biliares ou pâncreas	5	8,3%

Continua...

Continuação...

	Doenças infecciosas intestinais	19	26,4%
Doenças infecciosas e parasitárias	Doenças causadas por vírus, exceto vírus da imunodeficiência humana, da hepatite e arbovírus.	13	18%
	Febres por arbovírus ou febres hemorrágicas virais	9	12,5%
Doenças do aparelho respiratório	Infecções agudas das vias aéreas superiores	119	78,3%

Fonte: Centro de Saúde Dr. Ruy Pimenta Filho.

DISCUSSÃO

A distribuição dos atendimentos dos pacientes no Centro de Saúde por sexo foi semelhante ao apontado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que demonstra que a população estimada de Governador Valadares em 2015 esteve constituída majoritariamente de pessoas do sexo feminino (52,0%), valor que se encontra em concordância com a média nacional (50,6%).⁹ Resultado semelhante foi também encontrado no estudo de Felchilcher *et al.*,¹³ conduzido em uma unidade básica de saúde de Santa Catarina, em que 69,6% dos atendidos eram mulheres. Segundo Pinheiro *et al.*,¹⁴ as mulheres brasileiras procuram mais os serviços de saúde do que os homens. Segundo Fernandes *et al.*,¹⁵ as mulheres percebem mais facilmente os riscos à saúde, visto que possuem mais acesso à informação em saúde do que os homens, o que corrobora com a ideia de Alves *et al.*,¹⁶ que afirmam que a saúde do homem não é o foco de atuação das equipes de saúde.

Em relação à faixa etária, os resultados demonstram que a busca pelo serviço foi predominantemente realizada por adultos jovens. Segundo Oliveira *et al.*,¹⁷ que analisaram fichas de boletins de atendimento de uma clientela adulta em uma unidade de emergência de um hospital de ensino no Estado de São Paulo, 75,5% das fichas corresponderam aos indivíduos com idades entre 14 e 54 anos. Em estudo realizado em um hospital de emergência de Salvador, Bahia, 28,5% dos atendidos apresentavam idade entre 15 e 34 anos e 30,4% entre 35 e 64 anos.¹⁸

Os bairros Santa Rita, Altinópolis, Turmalina, Centro e Santa Helena apresentaram maior frequência de aparecimento nos prontuários médicos analisados, sendo que todos estão entre os 10 mais populosos de Governador Valadares e, com exceção do Centro, os demais são considerados bairros de baixa condição socioeconômica.¹⁰ Segundo Jacobs & Matos,¹⁸ o maior uso do serviço de emergência está associado à menor distância do bairro de moradia ao serviço, o que não foi verificado durante análise dos dados coletados, pois não houve correlação direta entre a proximidade dos bairros e a maior procura ao serviço, com exceção do bairro Centro, segundo mais populoso do município e onde está localizada a unidade de saúde. A alta frequência de atendimentos de bairros populosos poderia ser explicada por uma possível deficiência da atenção em tais locais, levando a um deslocamento da população para suprir o déficit na unidade de estudo.

Quanto às principais queixas (cefaleia, dor abdominal, dor em membros, febre, tosse e lombalgia), a literatura revela que resultados semelhantes foram encontrados por Oliveira

et al.,¹⁷ no qual, das 186 queixas identificadas, as nove mais frequentes foram cefaleia (9,2%), lombalgia (6,6%), dor abdominal (5,1%), dor torácica (4,7%), dor em membros inferiores (3,6%), dor de garganta (3,2%), tosse (3,0%), epigastria (3,0%) e dispnéia (2,9%).

Comparando o não preenchimento da queixa principal, os valores encontrados são também semelhantes, sendo de 3,4% no presente estudo e 4,0% no estudo apresentado. Estudo realizado por Madeira *et al.*¹⁹ em um pronto-atendimento de um hospital municipal do leste de Minas Gerais, nas fichas classificadas como verde pelo protocolo de Manchester, que corresponderam a 74,9% do total de fichas analisadas, as nove afecções mais identificadas foram indisposição do adulto (48,0%), cefaleia (12,4%), dor abdominal (6,7%), problema nos membros (6,0%), dor torácica (2,7%), dor lombar (2,7%), dor de garganta (2,1%), erupções cutâneas (2%) e problemas urinários (1,5%). Comparando os estudos, das nove queixas mais frequentes, seis são coincidentes. Em estudo realizado por Friedlander *et al.*,²⁰ 48,2% dos prontuários analisados não apresentavam informações sobre as queixas ou motivos que levaram ao atendimento. Dores (6,0%), febre (4,5%) e tosse (2,3%) foram as principais queixas identificadas.

Em estudo conduzido por Pimentel *et al.*,²¹ a hipertensão arterial sistêmica foi o principal motivo nos atendimentos de uma unidade de saúde da família. Friedlander *et al.*²⁰ encontraram viroses e a hipertensão como os diagnósticos que acometeram o maior número de clientes. Segundo Jacobs & Matos,¹⁸ os três grupos de doenças mais frequentes de atendimento na unidade de emergência codificada pelo CID-10 foram sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratório não classificados em outra parte (28,5%); doenças do aparelho respiratório (16,4%); e lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (11%). Já segundo Oliveira *et al.*,¹⁷ as principais hipóteses diagnósticas identificadas nos boletins de atendimentos foram lombalgia (4,0%), infecção do trato urinário (3,0%), infecção das vias aéreas superiores (2,7%), cefaleia (2,5%), gastroenterite aguda (2,5%), sinusite (2,1%), amigdalite (2%), dispepsia (1,5%), pneumonia (1,5%), trauma (1,4%), crise hipertensiva (1,4%) e asma (1,0%).

No Centro Ruy Pimenta, 53,7% dos prontuários apresentaram diagnóstico preenchido de modo incorreto, ilegíveis, ausentes ou com sintomatologia como diagnóstico. Esses resultados foram mais altos que Alves *et al.*,¹⁶ em um estudo conduzido Vila Velha, Espírito Santo, e Oliveira *et al.*,¹⁷ nos quais cerca de 20% dos prontuários não apresentavam hipótese diagnóstica. Segundo Kubiak & Porto,²² as hipóteses diagnósticas, depois de obtidas, devem ser confirmadas ou afastadas após a realização de exames

complementares, enquanto diagnóstico é o reconhecimento de uma enfermidade. Assim, o uso de sintomatologia como diagnóstico sugere falha do preenchimento e entendimento lógico do prontuário, podendo levar a um relato e um cuidado ineficiente.

A ausência e ilegibilidade das hipóteses diagnósticas, bem como a adoção de sintomatologias e procedimento (curativos e medicação) como diagnóstico evidencia o comprometimento da qualidade de preenchimento dos prontuários, uma vez que apenas 30,7% foram preenchidos corretamente no campo diagnóstico. Segundo Sampaio & Silva,¹ a escassez e a pouca legibilidade dos dados contidos nos prontuários médicos podem representar uma relação médico-paciente insuficiente ao omitir informações, desrespeitar os direitos do usuário, negando a liberdade de ter sua história clínica preservada e documentada, resultando em condições inadequadas de atendimento.

Donabedian²³ considera que a qualidade dos registros seja influenciada pela qualidade da assistência prestada, uma vez que os registros médicos são essenciais para informar sobre o trabalho. Segundo Vasconcellos *et al.*,²⁴ a alta taxa de incompletude dos dados encontrada em seu estudo “apontam para uma prática clínica e do cuidado prestado precários”. Dessa forma, os resultados obtidos nesse estudo reforçam a influência negativa do não preenchimento adequado dos prontuários no atendimento médico e na construção de uma relação médico-paciente efetiva.

Para Silva & Tavares-Neto,²⁵ modelos de prontuários com maiores possibilidades de preenchimento correto têm implicações diretas na qualidade da assistência. Os autores estudaram os prontuários de 77 hospitais de ensino do Brasil e encontraram carências de forma e conteúdo, com falta de elementos considerados essenciais para a história clínica. Em 24% dos prontuários, não havia espaço para registro do motivo da consulta; em 15% para a história da doença atual; e em 44% para o registro de queixas dos diversos sistemas. Os prontuários analisados no presente estudo não apresentavam espaço para registro da história da doença atual e das queixas de diversos sistemas. Tal fato ajuda corroborar com a baixa qualidade dos registros na unidade. Segundo Panitz,²⁶ o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) pode auxiliar a melhora dessa questão, melhorando a qualidade de preenchimento através de maior padronização e exigência de dados obrigatórios.

A instalação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) é uma alternativa para minimizar as fragilidades e limitações no preenchimento dos prontuários, na medida em que permite o armazenamento de dados dos pacientes em um sistema único, compartilhado de forma virtual entre todos os estabelecimentos de saúde do município. Além disso, esse instrumento culmina em uma menor perda de dados por ilegibilidade ou preenchimento incompleto, auxiliando na tomada de decisões pelos profissionais que o utilizam, e permite a comparação dos preenchimentos entre os estabelecimentos, auxiliando na melhoria do sistema.^{26,27}

Ruschi *et al.*²⁸ explicam que o PEP é um importante mecanismo para incentivar a qualidade do cuidado e registro clínico. Segundo Silva *et al.*,²⁹ para se evoluir na qualidade dos dados obtidos, é necessário que os gestores reconheçam a importância da alimentação dos dados no sistema do PEP e deem condições e estímulo aos profissionais de saúde atuantes, incluindo treinamentos e atualizações constantes. Segundo Hillestad *et al.*,³⁰ a ampla implantação dos PEP tem potencial para uma economia anual de 81 bilhões.

Dessa forma, a implantação dos PEP é uma perspectiva importante para diversos municípios brasileiros, inclusive Governador Valadares, pois, além de facilitar o acesso às informações do usuário, permite a redução dos custos a longo prazo; melhora da assistência médica, a partir da redução das falhas de preenchimento e qualidade dos dados; integração dos diversos estabelecimentos de saúde do município; e percepções reais do perfil clínico-demográfico da população usuária dos sistemas, com a possibilidade de redirecionamento dos recursos por parte dos gestores de saúde.

O presente estudo possui como limitações o número de prontuários não preenchidos, preenchidos incorretamente ou ilegivelmente, o que tornou a análise do perfil clínico-demográfico comprometida; a dificuldade de comparação do centro de saúde analisado com os estudos da literatura, tendo em vista que se trata de uma iniciativa municipal, de características únicas; as diferenças metodológicas entre os diferentes estudos, o que dificulta a realização de comparações. Espera-se que o presente estudo possa servir como referência para a implantação de ações visando melhorias na qualidade de assistência de saúde do município, principalmente no âmbito dos registros médicos.

CONCLUSÃO

O prontuário médico é uma importante ferramenta para avaliar a qualidade da assistência e a relação entre profissionais de saúde e pacientes, apresentando um caráter de documento norteador de ações, de defesa ética e profissional. No trabalho em questão, a maioria dos prontuários médicos não apresentava diagnóstico, ou o apresentavam de maneira errônea ou ilegível, e a queixa principal também não foi relatada ou estava ilegível, o que demonstra o preenchimento inadequado e, portanto, uma possível incapacidade de estabelecimento de vínculo efetivo.

Além disso, não houve correlação direta entre a proximidade dos bairros e a maior procura ao serviço de saúde, uma vez que os bairros Santa Rita, Altinópolis, Turmalina e Santa Helena se encontram distantes do centro de saúde e ainda assim foram frequentes na análise, trazendo a possibilidade de que a procura pelo serviço não se relaciona necessariamente com a facilidade do acesso.

Cinco dos bairros que apresentaram maior frequência estão entre os dez mais populosos da cidade, o que levanta questionamentos quanto à capacidade de atendimento da demanda destes bairros pelas unidades de atenção primária. As principais queixas identificadas poderiam ter sua resolubilidade atendida em centro de menor complexidade, tal como Estratégias de Saúde da Família. O serviço prestado pelo Centro de Saúde Dr. Ruy Pimenta Filho tem a finalidade de dar suporte ao atendimento médico do HMGV, porém, como identificado, o centro acaba atuando como porta de entrada do sistema.

A partir das fragilidades encontradas, percebe-se a necessidade de implantar estratégias para melhoria da qualidade de preenchimento das informações prestadas durante os atendimentos clínicos no Centro de Saúde, tendo em vista a importância do prontuário para a adoção de condutas clínicas, fonte de pesquisas e planejamentos de políticas de saúde. A instalação do PEP é uma proposta de intervenção capaz de diminuir os gastos públicos, melhorar a qualidade dos atendimentos médicos e fornecer percepções reais do perfil clínico e demográfico da população usuária.

AGRADECIMENTOS

Os autores são gratos aos ligantes da Liga Acadêmica de Saúde Coletiva – LASC (2014/2015) da Universidade Federal de Juiz de Fora, *Campus* Governador Valadares, que contribuíram com a coleta de dados deste estudo e aos diretores, gestores e trabalhadores do Centro de Saúde Dr. Ruy Pimenta que possibilitaram, com carinho, nosso ingresso e trabalho na unidade.

REFERÊNCIAS

- Sampaio AC, Silva MRF. Prontuários médicos: reflexo das relações médico-paciente. Recife. Rev Bioética. 2010;18(2):451-68.
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 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. Brasília: Diário Oficial da União; 2002.
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília: Diário Oficial da União; 1988.
- Pavão ALB, Andrade D, Mendes W, Martins M, Travasso 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. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2011000400012>
- Alves MA, Szpilman ARM, Poton WL. Avaliação do registro médico nos prontuários de um ambulatório de ensino, Vila Velha, ES. Rev Bras Pesq Saúde (Vitória). 2015;17(3):69-77.
- Menezes APS, Pereira AC, Gagliardi B, Arena TRC. A importância da revisão do prontuário na formação médica. An Congr Bras Med Fam Comunidade (Belém). 2013;12:243.
- Brasil. Ministério da Saúde. Atenção primária e Promoção da saúde. Col Proges. 2007;1:63-4.
- Cruz DP, Sena ELS, Moreira RM, Teixeira JRB, Lira LSSP, dos Anjos KF, et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes atendidos em ambulatório psiquiátrico. Rev Cubana Enferm. 2014;30(3).
- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS: Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde (TABNET). Demográficas e Socioeconômicas. Estimativas população: município, idade e sexo 2000-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?acao=11&cid=33411&tp=1>
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades: Governador Valadares. 2010-2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/governador-valadares/panorama>
- Brasil. Correio do Brasil: Centro de Saúde Dr. Ruy Pimenta atende mais de 200 pessoas por dia. Governador Valadares: Correio do Brasil; 2012. [acesso 2016 Nov 22]. Disponível em: <https://www.correiodobrasil.com.br/centro-de-saude-dr-ruy-pimenta-atende-mais-de-200-pessoas-por-dia/>
- Porto CC, Porto AL. Porto & Porto Semiologia Médica. Guanabara Koogan. 7ª ed. 2014. p. 52-7.
- Felchilcher E, Araujo G, Traverso MED. Perfil dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde do Meio-Oeste Catarinense. Unoesc Ciênc ACBS. 2015;6(2):223-30.
- Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2002;7(4):687-707. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>
- Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. Porto Alegre. Rev Saúde Pública. 2009;43(4):595-603. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000040>
- Alves RF, Silva RP, Ernesto MV, Lima AGB, Souza FM. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. Psicol Teor Prat. 2011;13(3):152-66.
- Oliveira GN, Silva MFN, Araujo IEM, Carvalho Filho MA. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. Rev Lat Am Enferm. 2011;19(3):1-9.
- Jacobs PC, Matos EP. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador - Bahia. Rev Assoc Med Bras. 2005;51(6):348-53. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302005000600019>
- Madeira DB, Loureiro GM, Nora EA. Classificação de risco: perfil do atendimento em um hospital municipal do Leste de Minas Gerais. Rev Enferm Integ. 2010;3(2):543-53.
- Friedlander MR, Guimarães CRR, Fabichacki E. O perfil do usuário de uma Unidade Básica de Saúde Integrada a uma Faculdade Privada. Rev Desafios. 2016;3(2):1-11.
- Pimentel ITS, Coelho BC, Lima JC, Ribeiro FG, Sampaio FPC, Pinheiro RP, et al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. Florianópolis. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2011;6(20):175-81. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf6\(20\)95](https://doi.org/10.5712/rbmf6(20)95)
- Kubiak CAP, Porto CC. Diagnóstico e prognóstico. In: Porto CC, Porto AL. Porto & Porto Semiologia Médica. Guanabara Koogan. 7ª ed. 2014. p. 12-6.
- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-8. PMID: 3045356 DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- 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;24(Suppl 1):S173-82. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300021>
- Silva FG, Tavares-Neto J. Avaliação dos Prontuários Médicos de Hospitais de Ensino do Brasil. Rev Bras Educ Med. 2007;31(2):113-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022007000200002>
- Panitz LM. Registro eletrônico de saúde e produção de informação da atenção à saúde no SUS [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2014.
- World Health Organization (WHO). Electronic Health Records: Manual for Developing Countries. Geneva: WHO; 2006 [acesso 2018 Jun 7]. Disponível em: <http://www.wpro.who.int/publications/docs/EHRmanual.pdf>

28. Ruschi GEC, Antônio FF, Zandonade E, Miranda AE. Qualidade dos dados de assistência pré-natal na Atenção Básica em prontuário eletrônico e relação com apoio matricial, Vitória, Espírito Santo, 2013-2014: corte transversal. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-13. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1612](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1612)
29. Silva DSB, Araujo LROS, Silva AOB, Santos IMM. Pré-natal através do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. *Enferm Obstet*. 2014;1(3):81-5.
30. Hillestad R, Bigelow J, Bower A, Girosi F, Meili R, Scoville R, et al. Can electronic medical record systems transform health care? Potential health benefits, savings, and costs. *Health Aff (Millwood)*. 2005;24(5):1103-17. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.5.1103>