



WILLIAN AGOSTINHO MARQUES

**ARQUIVO PERMANENTE DA CASA DE SAÚDE SÃO SEBASTIÃO:
PRONTUÁRIO MÉDICO DO PACIENTE**

Florianópolis, 2008



WILLIAN AGOSTINHO MARQUES

**ARQUIVO PERMANENTE DA CASA DE SAÚDE SÃO SEBASTIÃO:
PRONTUÁRIO MÉDICO DO PACIENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Biblioteconomia, do Centro de Ciências da Educação, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Biblioteconomia. Orientação: Professora Maria Margarete Sell da Mata.

Florianópolis, 2008

Ficha catalográfica elaborada por Willian Agostinho Marques

M357a Marques, Willian Agostinho

Arquivo Permanente da Casa de Saúde São Sebastião: prontuário
médico do paciente / Willian Agostinho Marques - 2008.
68 f.

Orientadora: Maria Margarete Sell da Mata.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Biblioteconomia) –
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da
Educação, Florianópolis, 2008.

1. Arquivos médicos. 2. Prontuário Médico do Paciente. 3. Casa de
Saúde São Sebastião I. Título.

CDD 651.504261

CDU 005.92:61

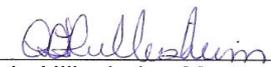
Willian Agostinho Marques

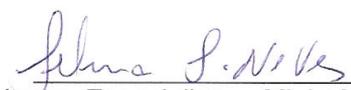
Arquivo Permanente da Casa de Saúde São Sebastião: Prontuário Médico do Paciente

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Biblioteconomia, do Centro de Ciências da Educação, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Biblioteconomia, aprovado com nota Dois.

Florianópolis, 18 de novembro de 2008.


Maria Margarete Sell da Mata, Mestre - UFSC
Professora Orientadora


Araci Isaltina de Andrade Hillesheim, Mestre - UFSC
Membro da Banca Examinadora


Selma de Souza Neves, Especialista – Ministério Público/SC
Membro da Banca Examinadora

Dedico esta pesquisa a toda minha família,
especialmente à minha filha Júlia Marques

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que me contempla com o milagre da vida.

À toda minha família. Em especial aos meus pais Wilmar e Jurema e meu irmão Rafael pelo apoio.

À minha filha Júlia Marques, minha fonte de energia.

À minha esposa Susi Falcão pelo carinho e compreensão.

A todos os amigos da Casa de Saúde e Maternidade São Sebastião. Em especial a senhoras Selva Terlizzi e Norma Tavares administradora e diretora da CSSS, pela confiança. À Paulete pela alegria na condução das atividades. Em especial ao Vilson, Salete e Rodrigo, pela amizade. A turma da farmácia pela descontração, Jú, Nani, Fran, Aderval, Aline, Jô e Greice.

Aos amigos da faculdade, em especial a Carlos Alberto Jacques.

Aos amigos da genealogia. Em especial ao Fernando Cesar Gomes Machado e o Sérgio Luiz Ferreira.

A todos os professores do curso. Em especial a minha orientadora neste trabalho, Professora Maria Margarete Sell da Mata. Exemplo de competência, inteligência, irreverência e humildade. Por todas as suas dicas, ajudas e orientações.

À todos muito obrigado!

*“O futuro se faz agora
E cada erro é uma vitória
Pois a derrota não existe
Não há conquista sem labuta
A vida é uma infinita luta
Onde só perde quem desiste”.*

Douglas Rafael

MARQUES, Willian Agostinho. **Arquivo Permanente da Casa de Saúde São Sebastião**: prontuário médico do paciente. Florianópolis, 2008. 68 f Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Biblioteconomia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Educação, Florianópolis, 2008.

RESUMO

Esta pesquisa aborda a questão do Prontuário Médico do Paciente do Arquivo Permanente da Casa de Saúde São Sebastião. Na introdução consta a justificativa, diagnóstico e os objetivos da pesquisa. A revisão de literatura aborda o referencial teórico sobre arquivos e prontuário médico do paciente. Os procedimentos metodológicos enfatizam a pesquisa documental e os tipos de documentos analisados. A análise dos resultados relaciona as vantagens, definições e a importância do Prontuário Médico do Paciente para o paciente, a instituição, o médico e equipe profissional envolvida. Também salienta a importância para fins de estudo e estatística, uma vez que através do correto preenchimento é que serão esclarecidas, questionadas ou comprovadas algumas situações ou procedimentos, que poderão até servir para defesa legal. Ainda, salienta cuidados com os documentos que compõe o prontuário de cada paciente, desde sua abertura, quando da chegada do paciente a instituição, seguindo seu roteiro durante o período de internação e atendimento e também depois da alta hospitalar aonde a documentação seguirá para o arquivo permanente.

Palavras chave: Arquivo permanente. Arquivos médicos. Prontuário Médico do Paciente. Casa de Saúde São Sebastião.

MARQUES, Willian Agostinho. **Arquivo Permanente da Casa de Saúde São Sebastião**: prontuário médico do paciente. Florianópolis, 2008. 68 f Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Biblioteconomia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Educação, Florianópolis, 2008.

ABSTRACT

This research addresses the issue of the medical records of patients, their advantages, definitions and importance of this service to all involved for both the patient and the institution, the physician and also for purposes of study and statistics, since through correct filling is to be clarified, questioned or proven some situations or procedures, and some of them could serve to legal defense. So we should take care with a series of such documents since the opening of the hospital where the patient's arrival of the institution, following its roadmap during hospitalization and after care and hospital where the documentation to follow the permanent file.

Key words: Permanent archive. Medical files. Medical records of the patient. Health Home São Sebastião.

LISTA DE SIGLAS

CFM – Conselho Federal de Medicina

CONARQ – Conselho Nacional de Arquivo do Arquivo Nacional

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

CPF – Cadastro de Pessoa Física

CRM – Conselho Regional de Medicina

CSSS – Casa de Saúde e Maternidade São Sebastião

Dr. – Doutor

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPHAM – Instituto de Patrimônio Histórico Artístico Municipal de Florianópolis

IPIUF – Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis

PMP – Prontuário Médico do Paciente

REPAI – Unidade de Recuperação do Centro Cirúrgico

RG – Registro Geral

SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	28
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS	29
4.1 O Prontuário Médico do Paciente na Casa de Saúde São Sebastião	29
4.2 Roteiro do Prontuário Médico do Paciente na Casa de Saúde São Sebastião.....	30
4.3 Amostra do Prontuário Médico do Paciente na Casa de Saúde São Sebastião.....	33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICES	45
APÊNDICE A – Organograma	46
APÊNDICE B – Modelo da Série.....	47
ANEXOS.....	48
ANEXO A – Comissão de Revisão dos Prontuário	49
ANEXO B – Encaminhamento Médico	50
ANEXO C – Cadastro Impresso colado ao envelope	51
ANEXO D – Termo de Responsabilidade	52

ANEXO E – Contrato de Prestação de Serviço (Folha 1/2)	53
ANEXO F – Contrato de Prestação de Serviço (Folha 2/2)	54
ANEXO G – Relatório de Cirurgia (Frente)	55
ANEXO H – Relatório de Cirurgia (Verso)	56
ANEXO I – Relatório de Anestesia (Frente)	57
ANEXO J – Relatório de Anestesia (Verso)	58
ANEXO K – Gastos de Materiais e Medicamentos no Centro Cirúrgico e REPAI	59
ANEXO L – Relatório Pré-Pós Operatório (frente)	60
ANEXO M – Relatório Pré-Pós Operatório (verso)	61
ANEXO N – Folha de Admissão do Paciente no Posto de Enfermagem (Parte 1)	62
ANEXO O – Folha de Admissão do Paciente no Posto de Enfermagem (Parte 2)	63
ANEXO P – Folha de Admissão do Paciente no Posto de Enfermagem (Parte 3)	64
ANEXO Q – Folha de Admissão do Paciente no Posto de Enfermagem (Parte 4)	65
ANEXO R – Folha de Prescrição Médica	66
ANEXO S – Folha de Evolução Clínica do Paciente	67
ANEXO T – Folha de Aviso de Alta Hospitalar	68

1 INTRODUÇÃO

A escolha do tema da pesquisa está associada a um dos objetivos do trabalho de conclusão de curso de Graduação em Biblioteconomia da Universidade Federal de Santa Catarina, currículo 2005, ou seja, “oferecer ao futuro profissional a oportunidade de resolver problemas teóricos e práticos ligados a sua formação” (UNIVERSIDADE..., 2007).

As questões que levaram a propor a pesquisa estão relacionadas à realidade do Arquivo Permanente da Casa de Saúde e Maternidade São Sebastião conforme diagnóstico apresentado a seguir.

A Casa de Saúde e Maternidade São Sebastião (CSSS) está localizada na Rua Bocaiúva, nº. 72, fundos da Capela de mesmo nome, no centro de Florianópolis, Santa Catarina. A Casa de Saúde São Sebastião, como é popularmente conhecida, foi fundada pelo Dr. Djalma da Costa Moellmann, ícone da medicina catarinense nos anos 30 e 40 do século passado, sendo inaugurada em 22 de fevereiro de 1942. Conta hoje com uma equipe de aproximadamente 100 funcionários entre, recepcionistas, técnicos em enfermagem, enfermeiros e outros cargos administrativos e com cerca de 130 médicos cadastrados em seu corpo clínico.

Por estar no entorno da capela supracitada, sendo que esta foi tombada pelo Instituto de Patrimônio Histórico Artístico Municipal de Florianópolis (IPHAM), e o tombamento se deu em 1996, instituído pelo Decreto Municipal nº. 857 em 29 de dezembro de 1995, a Casa de Saúde São Sebastião, não pode sofrer modificação arquitetônica sem antes a consulta e autorização pelo Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis (IPUF).

Hoje, a Casa Saúde São Sebastião é dirigida pela sobrinha do fundador, a bioquímica, senhora Norma Tavares Buechele que tem como esposo o médico Doutor Roberto Buechele que é o diretor clínico da instituição. A administração geral da Casa de Saúde está a cargo da enfermeira senhora Selva Fátima de Oliveira Terlizzi.

Atualmente atende pacientes com convênios como Saúde Bradesco, Eletrosul, Geap e outros, com destaque para a Unimed, e particulares visto que não são mais atendidos pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A Casa de Saúde possui um total de 39 leitos, sendo 31 nas duas unidades de enfermagens, entre apartamentos (luxo) e enfermaria (simples) e mais 08 leitos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo que esta última unidade foi inaugurada no dia 08 de maio de 2008. Na UTI são atendidos os pacientes em estado grave que necessitam de acompanhamento intensivo e que, anteriormente, devido à falta dela acabavam sendo encaminhados para outras unidades hospitalares da região.

Esta nova ala além de ampliar o número de leitos e conseqüentemente de atendimentos, busca também respaldar aquelas cirurgias e atendimentos maiores e mais complexos que até então não podiam ser realizadas nesta casa.

No período que corresponde do final do ano até meados de março e pelo fato de alguns médicos estarem de férias, viajando e também ser uma época de festas (Natal, Reveillon, Carnaval) o número de cirurgias fica reduzido. Neste período a média é de 12 cirurgias por dia, já em outras épocas do ano este número sobe para 20. Agora com a implantação da UTI o número de cirurgias tende a aumentar, pois mais cirurgias, algumas mais complexas, poderão ser realizadas nesta casa.

As cirurgias realizadas na Casa de Saúde São Sebastião são eletivas principalmente nas seguintes áreas: plásticas, ortopédicas, urológicas, oncológicas, otorrinolaringológicas, gástricas, ginecológicas e algumas dentárias.

Parte dos pacientes atendidos na instituição não moram na região metropolitana de Florianópolis. Alguns se deslocam do interior do estado de Santa Catarina, alguns de outros estados brasileiros e até de outros países.

Todos estes atendimentos citados e os procedimentos que se fazem necessários para que eles aconteçam geram todo um tramite de pápeis e documentos pelos vários setores envolvidos, como contas médicas, compras de materiais e medicamentos, autorizações dos planos de saúde para os procedimentos e que, naturalmente, precisam ser arquivados para pesquisas e consultas.

O processo de arquivamento destes documentos, tendo em vista sua importância, necessita de organização e cuidado para que quando surja a necessidade de consulta e pesquisa, possam ser recuperados facilmente. É

fundamental que os documentos de acordo com cada área de interesse estejam separados e organizados.

Para isso, a Casa de Saúde São Sebastião possui um arquivo que abrange diversos documentos, desde registros de internações, altas hospitalares, atas das reuniões, registros de funcionários, notas fiscais, prontuários médicos, enfim, toda a documentação necessária a se fazer funcionar uma empresa e que também conta parte da história desta importante unidade hospitalar do município de Florianópolis. Dentro da estrutura organizacional o Arquivo está vinculado a Gerência Administrativa (ver Apêndice A).

Na Casa de Saúde São Sebastião os documentos produzidos ou recebidos são organizados num primeiro momento dentro de cada setor caracterizando o estágio de arquivo corrente. Neste estágio, os documentos são manuseados e consultados com certa freqüência. Posteriormente são acondicionados em caixas de papelão com as devidas identificações de setor, assunto e período aonde são destinados para o arquivo permanente.

O arquivo permanente está localizado no segundo piso do prédio ao fundo do hospital onde embaixo funciona a casa de máquinas, o setor de rouparia, a manutenção e o almoxarifado. A sala onde funciona o arquivo não tem portas, os funcionários podem ter acesso livremente. O arquivo sofre com problemas de infiltração, umidade e deterioração por cupins e outros insetos.

A pessoa responsável pelo arquivo é a funcionária Paulete Bail, secretária da administradora da casa. Como não possui formação na área da arquivologia para atuar no arquivo, solicita auxílio técnico do proponente deste trabalho de conclusão de curso, estudante do Curso de graduação em Biblioteconomia e responsável pelo almoxarifado da instituição.

No arquivo os documentos são separados de acordo com cada setor competente. Deste modo, segundo a literatura, pode-se afirmar que o fundo aberto da CSSS é composto pelas séries: Recursos Humanos; Farmácia; Compras; e Prontuário Médico do Paciente. Cada série está alojada em ambiente físico individual, ou seja, cada uma em uma sala do arquivo permanente. Para a guarda e acomodação dos documentos o arquivo conta com prateleiras de madeira e estantes de aço. Nas prateleiras e estantes os documentos estão organizados em caixas de

arquivo de papelão identificadas pelo setor, por assunto e ano com numeração em ordem crescente.

Considerando a realidade averiguada no Arquivo Permanente da CSSS esta pesquisa teve como objetivo geral: Criar e descrever a série documental Prontuário Médico do Paciente da Casa de Saúde e Maternidade São Sebastião, do ano de 2007, para a implantação da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da Instituição.

Foram definidos os seguintes objetivos específicos: Avaliar as informações de cada prontuário da amostra; Ordenar os prontuários da amostra dentro da série; Propor a implantação da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da Casa de Saúde e Maternidade São Sebastião.

O trabalho está estruturado em cinco capítulos. No primeiro capítulo constam a justificativa, o diagnóstico e os objetivos delimitados na pesquisa. O segundo capítulo que trata da revisão de literatura mostra o estágio de desenvolvimento do tema da pesquisa, focando o referencial teórico em arquivo e prontuário médico do paciente. No terceiro capítulo, que se refere aos procedimentos metodológicos apresenta o tipo da pesquisa, suas vantagens e os tipos de documentos utilizados e analisados. O quarto capítulo, mostra a análise dos resultados, discorrendo inicialmente acerca do Prontuário Médico do Paciente na CSSS, bem como seu roteiro e, por fim, a análise da amostra escolhida pautada nos objetivos da pesquisa. O quinto capítulo, relata as considerações finais e recomendações.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão tem por finalidade apontar o que já foi escrito sobre o tema arquivo e relacionado com essa pesquisa, bem como fazer uma análise comentada sobre as convergências e divergências dos autores.

A revisão mostra, por meio da compilação crítica e retrospectiva de várias publicações e seus autores, o estágio de desenvolvimento do tema da pesquisa.

Antes de explorar este projeto de pesquisa, que segundo Oliveira (1999, p. 15) serve de guia “para a realização das etapas que deverão ser cumpridas até alcançar o objetivo final, que é a apresentação e defesa da monografia”, deve-se primeiro, elencar conceitos de arquivos.

Com o surgimento da escrita o homem passou a registrar suas ações, seus sentimentos e saberes. Logo surgem os primeiros arquivos, mas ainda não tinham este nome.

Para Santos, Innarelli e Souza (2007, p. 96) o surgimento do nome arquivo se dá neste momento.

O significado da palavra arquivo, só foi aparecer muito tempo depois entre os gregos nos séculos III ou II a.C. Archeion era utilizado por aquele povo para designar o palácio do governo, enquanto a palavra arch significava comando, poder, autoridade. Mas é com o sentido de conjunto de documentos que o termo grego será transmitido, posteriormente, aos romanos sob a forma latina de archivum.

De acordo com Prado (1970, p.12) arquivo “é toda coleção de documentos conservados visando a utilidade que poderão oferecer futuramente. Dá-se o nome de arquivo não só ao lugar onde se guarda a documentação, como a reunião dos documentos guardados”.

Paes (1997, p. 20) também destaca esta situação com os seguintes exemplos de variações “conjunto de documentos”, “móvel para guarda de documentos”, “local onde o acervo deverá ser conservado” e “órgão governamental ou institucional cujo objetivo seja o de guardar e conservar a documentação”.

Ferreira (c1999, p. 195) define arquivo como

Conjunto de documentos manuscritos, gráficos, fotográficos, etc., recebidos ou produzidos por uma entidade ou por seus funcionários, e destinados a

permanecer sob custódia dessa entidade ou de seus funcionários ou ainda lugar onde recolhem e guardam esses documentos.

Segundo Paes (1997, p.16) arquivo “é a acumulação ordenada dos documentos, em sua maioria textual, criada por uma instituição ou pessoa no curso de sua atividade, e preservados para a consecução de seus objetivos, visando a utilidade que poderão oferecer no futuro”.

Esta definição não é muito diferente da já apontada em 1928 por Casanova, arquivista italiano, no manual intitulado Arquivística. Para Casanova (apud SCHELLENBERG, 2006, p.37), arquivos são definidos como “a acumulação ordenada de documentos criados por uma instituição ou pessoa no curso de sua atividade e preservada para a consecução de seus objetivos políticos, legais e culturais, pela referida instituição ou pessoa”.

A lei nº. 8.159 de 8 de janeiro de 1991, conhecida como “Lei dos Arquivos”, define arquivo como

os conjuntos de documentos produzidos e recebidos por órgãos públicos, instituições de caráter público e entidades privadas, em decorrência do exercício de atividades específicas, bem como por pessoa física, qualquer que seja o suporte da informação ou a natureza dos documentos. (BRASIL..., 1991)

Pode-se observar que conforme a sociedade evolui, evoluem e se tornam cada vez mais importantes e influentes às considerações sobre informações e documentos. Vieira (1999, p.9), enfatiza que sem o registro das informações a sociedade não teria avançado e quanto mais avança de mais informações precisa.

Santos, Innarelli e Souza (2007, p.100), com muita propriedade destacam que

Atualmente, o conceito de arquivo, difundido nos manuais arquivísticos elaborados em todo o mundo e nos textos legais de vários países, aparece vinculado à noção de cidadania, direito à informação, apoio à administração, à cultura, ao desenvolvimento científico e, ainda como elemento de prova. É o caso brasileiro, por exemplo, em sua “Lei dos arquivos”, a lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991”.

As coleções de documentos existentes em cada arquivo são conhecidas como fundos documentais. Paes (1997, p. 26) descreve fundos como sendo

A principal unidade de arranjo estrutural nos arquivos permanentes, constituída dos documentos provenientes de uma mesma fonte geradora de arquivo, ou também de mais de uma fonte geradora de arquivos reunidos por semelhança de suas atividades, mantido o principio de proveniência.

Ainda sobre os fundos, Shellenberg (2006, p. 241) afirma que

Os documentos deviam ser agrupados por fundos, isto é, todos os documentos originários de uma determinada instituição, tal como uma entidade administrativa, uma corporação ou família, seriam agrupados e considerados como fundos daquela família.

De acordo com a equipe técnica do Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul (APERS) (apud DUCHEIN, 1996, p. 14-33) “os Fundos Documentais são conjuntos de documentos que são produzidos ou recebidos como resultado de uma atividade meio ou fins relativas a funções administrativas de uma pessoa jurídica ou física”. Os fundos podem ser fechados ou abertos. Fundo fechado ou encerrado compreende aqueles documentos que fazem parte de um organismo ou órgão que fechou, foi extinto, encerrou suas atividades e, portanto não produzirá mais documentos e o fundo aberto compreende os documentos relativos aos órgãos e instituições que estão em plena atividade funcional e para as pessoas físicas, os vivos, ou seja, ainda poderão ser incorporados outros documentos aquele fundo.

No que refere aos fundos, a literatura ressalta que os fundos podem se dividir em séries. Paes (1997, p. 28) classifica série como “designação dada às subdivisões de um fundo, que refletem a natureza de sua composição, seja ela estrutural, funcional ou por espécie documental”.

Na visão de Gonçalves (1998, p.27) a série pode ser formada por um “conjunto de unidades de um mesmo tipo documental”. Ainda destaca que

não há consenso arquivístico quanto as séries: seriam apenas tipológicas? Não poderiam ser “funcionais” ou “temáticas” ? [...] Costumam formar uma série os elementos que, mesmo que não sendo rigorosamente iguais, apresentam entre si mais semelhanças do que diferenças, o que permite sua reunião (dando origem a um conjunto). (GONÇALVES, 1998, p. 28)

As séries podem se divididas em subséries.

Enfim, no arquivo são depositados os conjuntos de documentos que são produzidos, consumidos e utilizados por pessoas, por empresas e também por outros órgãos, entidades e organizações e surgem, segundo Belloto (1991, p.100) por razões funcionais, administrativas e legais, tratam, sobretudo de provar, de testemunhar alguma coisa.

Apesar da importância dos arquivos para as pessoas, as instituições, e a própria sociedade, ainda assim muitos não têm essa visão.

Há pessoas que conceituam arquivos como grandes depósitos de papéis velhos e empoeirados, onde habitam fungos e insetos desprezíveis, num ambiente úmido e sombrio que servem unicamente para satisfazer os caprichos de pesquisadores exóticos, ou burocratas rabugentos que se apegam aos documentos como se fossem crias saídas de suas entranhas. (PAES, 1994, p. 67).

Embora o arquivo tenha uma relação aparentemente exclusiva com documentos antigos, coisas do passado e ainda documentos que já perderam sua utilidade ativa e que estão amontoados tomando espaço em salas ou repartições, sem dúvida é um grande suporte documental para o futuro no que diz respeito à guarda de informações e conseqüentemente análise e tomada de decisões tanto no âmbito pessoal como profissional.

Londolini (apud BELLOTO, 1993, p. 67) se posiciona a favor da restrição do conceito de arquivo aos documentos que não tem mais interesse para administração que os produziu.

No entanto para Lopes (apud SANTOS, INNARELLI e SOUZA, 2007, p. 33) os arquivos consistem em documentos não só do passado, mas também de informações do e sobre o presente.

O papel dos arquivos no processo de tomada de decisões é indiscutível. Na dimensão institucional, eles constituem o sistema de informação e as fontes documentais mais importantes. A definição de problemas, a seleção de alternativas, a análise dos rumos a tomar, a execução da melhor solução e sua avaliação posterior exigem do gerente o domínio de determinados aspectos cujas fontes de informação podem ser localizadas na documentação interna, presente nos arquivos. (PONJUAN apud SANTOS, 2007, p.188).

Hoje, não diferente de antigamente quem tem informação tem o poder e a história mostra que desde o surgimento da escrita o homem passa a registrar as informações e os conhecimentos que adquire e descobre diariamente e estas informações se tornam cada vez maiores e conseqüentemente precisam de tratamento e organização para que possam ser recuperadas e utilizadas quando se fizer necessário.

Daí o surgimento dos arquivos e a sua importância para as empresas, instituições e principalmente para as pessoas.

Conforme Paes (1997, p. 21) os arquivos estão vinculados quanto aos tipos de entidades mantenedoras, ou seja, os arquivos podem ser classificados como públicos e privados.

Os arquivos públicos correspondem àqueles ligados a repartições governamentais como os arquivos públicos estaduais e municipais e também o Senado, a Câmara Federal, as Assembléias Legislativas Estaduais, as Câmaras Municipais, as Prefeituras, dentre outras entidades governamentais.

Os arquivos privados, também classificados como institucionais, estão vinculados as igrejas, as escolas, as sociedades e associações e instituições particulares, pessoais e familiares.

Paes (1997, p. 23) ainda lembra para a questão dos arquivos especializados que segundo ele

Tem sob sua custódia os documentos resultantes da experiência humana num campo específico, independente da forma física que apresentem, como, por exemplo, os arquivos médicos ou hospitalares, os arquivos de imprensa, os arquivos de engenharia e assim por diante. Esses arquivos são também chamados, impropriamente, de arquivos técnicos.

Cabe destacar a recomendação do Conselho Nacional de Arquivos do Arquivo Nacional, instituída pela resolução nº. 22, de 30 de junho de 2005, que dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos e instituições de saúde, ao considerar a relevância das informações registradas no prontuário do paciente. Esta resolução tem como público alvo as instituições de saúde no sentido de recomendar a implantação da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos:

[...] Considerando que o prontuário do paciente é documento único constituído de um conjunto de

informações, sinais e imagens em qualquer suporte, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada a ele, de caráter sigiloso e científico que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a comunidade da assistência prestada ao indivíduo, resolve: Art. 1º Recomendar às instituições de saúde a criação e implantação de comissão permanente de avaliação de documentos [...]

De acordo com Paes (1997, p.21) os arquivos devem obedecer a três estágios de organização referente à utilização e ao tempo de permanência dos documentos que vai desde a chegada até a sua eliminação. Assim, os arquivos podem ser primários, secundários e permanentes.

Na primeira fase os arquivos primários, chamados de arquivos correntes, normalmente, ficam junto às pessoas que produzem ou que acessam os documentos já que estão em pleno curso de sua utilização e são consultados freqüentemente. Ficam nestes locais até que seja identificada a necessidade, por questões de idade do documento, de espaço físico, enfim a necessidade de deslocar estes materiais para o próximo estágio.

No segundo estágio, os arquivos intermediários recebem e guardam os documentos que já não são mais acessados com freqüência e não necessitam ou não podem mais ocupar espaço no arquivo corrente. Neste estágio os documentos são consultados eventualmente. Assim os documentos são analisados e processados de modo que os que não despertem interesse e não tendo necessidade de ali permanecerem sejam descartados e o restante aguarde neste arquivo até que chegue o momento de serem encaminhados para o próximo e último estágio.

Quando chegam ao último estágio do arquivo que era chamado antigamente de “morto”, hoje se chama permanente, os documentos são organizados e são observados os critérios referentes à tabela de temporalidade para que quando chegado o momento tais documentos possam ser descartados e que durante este período ele possa ser facilmente localizados e recuperados numa eventual necessidade de comprovação de um fato ou a busca por uma informação.

Portanto, a gestão de documentos arquivísticos é um procedimento fundamental na vida de empresas privadas ou públicas. E, diante do atual contexto em que o mercado se apresenta cada vez mais competitivo, informado e também

informatizado é fundamental que as empresas tratem as questões referentes aos arquivos e seus documentos com bastante atenção, buscando com isso o conhecimento e conseqüentemente o domínio dos mercados e áreas em que atuam.

Neste processo de tomada de decisões em empresas, recuperar as informações corretas é fundamental e para além de preservar a memória institucional, recuperar as informações corretamente é preciso estabelecer um conjunto de práticas que garantam tanto a organização bem como a preservação dos arquivos.

Privilegiar esta idéia, acima de tudo, significa compreender o arquivo e o seu fundo documental e a sua importância para a instituição.

Nesse cenário o arquivo da Casa de Saúde e Maternidade São Sebastião se apresenta como um conjunto de documentos produzidos, recebidos e acumulados pela instituição no curso de suas atividades e igualmente a outros centros de documentação e informação necessita de organização para a contínua melhoria de suas atividades administrativas e gerenciais.

Ou seja, arquivos funcionam, ou pelo menos devem funcionar não só como depósitos de papéis e documentos aleatoriamente, mas sim de forma ordenada e sistematizada para que possam recuperar os documentos e informações neles armazenadas tão logo sejam solicitados de acordo com as necessidades de cada interessado.

Para que as informações e principalmente os documentos possam estar acessíveis aos usuários e a comunidade a que se destina é preciso ter um cuidado com os documentos dos arquivos. Ao contrário das bibliotecas, os arquivos trabalham com informações que normalmente estão em documentos únicos, enquanto que as bibliotecas podem ter várias unidades do mesmo documento.

Cabe, no entanto, que o profissional arquivista tenha esta preocupação e principalmente consciência da importância do seu trabalho em receber, guardar, manipular e divulgar os documentos que pertencem ao acervo do arquivo ao qual está vinculado.

Ainda para Paes (1997, p. 20) a função do arquivista “é tornar disponíveis as informações contidas no acervo documental sob sua guarda” e Schellenberg (2006, p. 313) reforça esta idéia, quando diz que “a função do arquivista é revelar os

tesouros de pesquisa a ele confiado e não monopolizá-lo, impedindo a sua consulta”.

Com isso, deve-se ter a preocupação com a divulgação do acervo, propiciando a comunidade que tome conhecimento dos documentos pertencentes aquela unidade de informação para que possam ser acessados e pesquisados pelos possíveis interessados.

No entanto, como na maioria das vezes estes documentos são únicos, a atenção deve ser redobrada, pois nos arquivos estão abrigados documentos resultantes de atividades das quais são conservados como comprovantes testemunhais.

Contudo, pode-se afirmar que os arquivos são indispensáveis à dinâmica informacional do atual mercado de trabalho e para que tal sistema possa funcionar de forma adequada deve-se ter o arquivo organizado com elementos e instrumentos, conforme citação da literatura e a visão dos autores analisados, de modo que recuperem as informações e os documentos tão logo sejam solicitados pelas partes interessadas.

Com isso pretende-se satisfazer a instituição a qual o arquivo está vinculado, o profissional que está à frente desta unidade de informação e ao usuário interessado numa determinada informação.

Pretende-se com este estudo proporcionar benefícios positivos para a instituição no sentido de buscar melhorias na guarda, conservação e uso da documentação acumulada nos prontuários médico dos pacientes e propor a Casa de Saúde São Sebastião a implantação da Comissão de Revisão de Prontuários.

Esta Comissão está prevista na Resolução do CFM nº. 1638/2002 (ver anexo A) aonde determina que cada estabelecimento de assistência médica deva possuir Comissão de Revisão de Prontuário devido sua importância no sentido de controle, fiscalização e garantia da qualidade das informações tanto para a instituição, bem como para os médicos e a equipe multi profissional e também para os pacientes, especialmente para questões legais.

Ainda, nesta revisão é importante destacar dentro do contexto teórico o que a literatura discute a respeito do Prontuário Médico do Paciente.

Prontuário Médico do Paciente (PMP) é definido pela Resolução nº 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina (CFM) no seu artigo 1º como

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.

Historicamente os primeiros registros relacionados a PMP que se tem conhecimento situam-se no período de 3.000 e 2.500 a.C. Foram feitos pelo médico egípcio Inhotep¹ aonde registrou quarenta e oito casos em um papiro que está em exposição na Academia de Medicina de Nova Iorque. Posteriormente, Hipócrates² por volta de 460 a.C. realizou algumas anotações sobre os doentes e as doenças. Em 1137, em Londres, no Hospital São Bartolomeu, primeira instituição hospitalar que se tem conhecimento, já haviam anotações relacionadas a seus pacientes.

No Brasil, o uso dos PMP foi introduzido pela professora Dr^a. Lourdes de Freitas Carvalho, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, depois de especializar-se nos Estados Unidos, onde fora estudar sistemas de arquivo e classificação de observações médicas. Em seguida, o sistema foi adotado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que colaborou para seu fortalecimento em âmbito nacional e atualmente é estabelecida sua obrigatoriedade para cada paciente através do artigo 69 da resolução nº. 1246/88 do Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Os Prontuários Médicos dos Pacientes são compostos de documentos como, por exemplo: folha com cadastro do paciente onde estão as principais informações de contato do paciente como nome, nº. do prontuário, nº. do atendimento, filiação, profissão, religião, endereço, telefones para contato, convênio médico, médico, procedimento, quarto/leito e esta folha é colada à envelope pardo de tamanho 24 x 34 cm e dentro deste envelope ficam outros documentos como folha de relatório de cirurgia, folha de anestesia, folha dos gastos de materiais e

¹ Inhotep, um dos mais notáveis médicos da antiguidade, foi responsável pela saúde do rei ZOZER, 3500 a .C. Era arquiteto, sacerdote, escriba, astrônomo e grão-vizir. Construiu a pirâmide de SAKKARA, a mais antiga estrutura de pedra dessa categoria.

² Hipócrates reconhecido por ser uma das figuras mais marcantes da história da saúde. Devido a sua grande importância, ele é chamado de "Pai da Medicina".

medicamentos utilizados na sala de cirurgia, folha de relatório pré-pós cirurgia, folha de registro de admissão preenchida pela equipe de enfermagem dos postos de internação, folha de evolução clínica do paciente, termo de responsabilidade, contrato de prestação de serviços, prescrição médica entre outros como solicitação de internação, autorização de convênio, anamnese³, exames e resultados laboratoriais, radiológicos e ultra-sonográficos.

A importância do PMP se dá pelo fato de ser um instrumento valioso não só para o paciente, mas também para o médico e demais profissionais de saúde, para as unidades prestadoras dos serviços de saúde, sejam elas clínicas, consultórios ou hospitais, para fins estatísticos com fornecimento de dados para as pesquisas e estudos e também para os serviços de auditorias internas e externas que fazem a fiscalização da qualidade do atendimento oferecido.

Segundo Mezzomo (2000, p. 246) o prontuário possibilita atendimento e tratamento mais rápido e eficiente, mediante os dados em registro. simplifica e dispensa interrogatórios e exames complementares já realizados, com redução do custo de atendimento e do tempo de permanência hospitalar”.

Já para Prestes Júnior e Rangel (2007) a importância do PMP ocorre nas situações aonde o paciente ou a família, sentirem-se prejudicados ou negligenciados e então estas informações contidas no prontuário ou, dependendo da situação, a falta dela poderá servir de prova para possíveis ações e cobranças judiciais.

Do mesmo modo que o prontuário médico do paciente pode servir de aliado ao paciente e sua família para efeitos judiciais, pode servir também para a defesa do profissional envolvido na questão, aonde poderão ser comprovados ou não, situações referentes ao atendimento prestado pelo médico e a equipe multiprofissional. Além disso, possibilita uma maior facilidade no trabalho e elaboração de diagnóstico e orientação sobre o tratamento. Ainda oferece condições para que outro profissional assumo o atendimento quando necessário e oferece ao perito legista mais segurança no momento dos pareceres médicos.

Para os estabelecimentos que prestam serviços de assistência médica, seja em clínicas, consultórios e hospitais o PMP é um instrumento de defesa legal,

³ Anamnese é o conjunto de dados referentes as queixas e relatos feitos pelo paciente sobre seu estado clínico.

pois é importante para a instituição se resguardar de ações, sindicâncias que possam vir a surgir em decorrência de possíveis erros médicos ou não cumprimento de determinações dadas ao paciente e a família. Demonstra um padrão de atendimento oferecido. Ajuda na dispensa de exames já realizados ou de diagnósticos já comprovados, diminui a permanência hospitalar, racionaliza o uso de equipamentos e conseqüentemente gera redução de custos e ainda no sentido de aperfeiçoar a qualidade dos serviços prestados na instituição.

Para as empresas auditoras em serviços de saúde o prontuário médico é relevante, pois oferece elementos para que ocorra a investigação sobre a administração e o consumo de medicamentos, procedimentos e os exames realizados, documentos sobre solicitações, autorizações e outros pertinentes às referidas empresas, de modo que se busque minimizar os erros, fraudes e conseqüentemente gastos desnecessários.

A sua contribuição para o estudo e pesquisas está associada às informações registradas nos prontuários médicos que permitem alimentar base de dados que ajudam estatisticamente a buscar o melhor atendimento aos pacientes. Possibilita além de investigações epidemiológicas, indicadores de eficiência e gastos dos procedimentos.

Resulta em melhores possibilidades de retornos dos convênios, indicando as deficiências e as possibilidades de melhorias na resolução dos problemas e também aos estudantes das áreas afins como medicina, por exemplo.

Compete ao médico o devido preenchimento dos documentos que fazem parte do prontuário médico. As anotações devem estar registradas de forma legível, permitindo, identificar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente. Logo, o médico está obrigado a assinar e carimbar ou, então, assinar, escrever seu nome legível e sua respectiva inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM).

De acordo com a legislação é abordado no Artigo 69 do Código de Ética Médica que "é vedado ao médico deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente" e no Artigo 70 do Código de Ética Médica "É vedado ao médico negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias a sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros".

Já no Artigo 71 do referido código "É vedado ao médico deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento ou na alta, se solicitado".

E ainda, no Artigo 11 consta que

O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade.

É importante salientar que o prontuário pertence ao paciente, não ao médico. Portanto, é um direito do paciente ter acesso, a qualquer momento, ao seu prontuário, recebendo por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão⁴, podendo, inclusive, solicitar cópias do mesmo.

Quando da solicitação do responsável legal pelo paciente – sendo este menor ou incapaz – o acesso ao prontuário deve ser-lhe permitido e, se solicitado, fornecer as cópias solicitadas ou elaborar um laudo que contenha o resumo das informações lá contidas.

O prontuário médico do paciente é um dos primeiros documentos que a polícia, a justiça e os respectivos conselhos profissionais, sejam eles da medicina, da enfermagem, e outros solicitam as instituições de saúde sob investigação para apreciação dos fatos reclamados.

As empresas que prestam serviço de convênio médico hospitalar utilizam-se com bastante frequência das informações contidas nos documentos dos prontuários médicos para conferir os gastos com materiais e procedimentos de seus clientes, de modo que sejam checadas todas as informações referentes aos procedimentos cirúrgicos e terapêuticos, com o objetivo controlar se os procedimentos realizados correspondem aos citados nas solicitações para autorização de tais procedimentos junto às empresas de convênio, serve também para evitar o excessivo de materiais ou medicamentos durante os procedimentos.

⁴ O órgão de regulamentação e controle da profissão do médico é o Conselho Regional de Medicina (CRM) e do enfermeiro é o Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM) através da Resolução nº 1331/89 os documentos originais que compõem o prontuário devem ser guardados pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, a contar da data do último registro de atendimento do paciente. Decorrido este prazo, o PMP em papel poderá ser armazenado em outro suporte mais moderno, digitalizado, por exemplo.

Este prontuário poderá ser posteriormente, utilizado pelos interessados como meio de prova até que transcorra o prazo prescricional de 20 (vinte) anos para efeitos de ações que possam ser impetradas na Justiça.

Considerando que os documentos pertinentes aos PMP são muito manuseados pelos médicos, equipe multiprofissional e administrativamente nos estabelecimentos de saúde ainda que seja no manuseio permanente no arquivo da CSSS, conforme estabelece a Resolução nº. 1331/89 do Conselho Federal de Medicina, portanto a guarda dos PMP deverá ser realizada com o máximo cuidado e atenção de modo a facilitar a recuperação dos documentos que pertencem a cada sub-série.

O fundo documental aberto do Arquivo da Casa de Saúde e Maternidade São Sebastião é composto pelas várias séries entre elas Prontuário Médico do Paciente; Recursos Humanos; Farmácia; Compras.

Conforme citado nos objetivos deste trabalho serão tratadas questões pertinentes à Série Prontuário Médico do Paciente, aonde sua complexidade e extensão é comprovada com a inclusão mensal de aproximadamente 350 envelopes com prontuários médicos, formando as sub-série para cada paciente.

É importante destacar as recomendações e procedimentos de Nogueira (2005) em relação ao preenchimento das informações nos documentos que fazem parte do PMP, aonde relata que as informações não podem ser registradas a lápis, não é permitido o uso de líquido corretivo, bem como os versos dos documentos e as partes em branco deverão estar sinalizadas com carimbo e também não devem ser feitas anotações que não dizem respeito àquele paciente.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Metodologicamente esta pesquisa segue a linha documental, pois conforme cita Gil (1991, p. 52) as vantagens de uma pesquisa deste tipo é que considera vários documentos como: cartas, diários, memorandos, regulamentos, ofícios, boletins que por ventura estejam arquivados em instituições privadas como, por exemplo, sindicatos, igrejas, partidos políticos, ao contrário da pesquisa bibliográfica que considera mais os livros e outros materiais já publicados sobre o assunto. Por outro lado, a pesquisa bibliográfica torna-se indispensável neste trabalho, pois aponta a produção intelectual sobre o tema e que provavelmente estejam em prateleiras de bibliotecas.

Como o próprio nome já diz, a pesquisa documental é uma pesquisa realizada através de levantamento de documentos, legislação em geral ou mesmo documentos de uma organização para estudo de um determinado assunto ou situação.

Gil (1991, p. 52) também lembra que outra vantagem na pesquisa documental está em seu custo, pois neste modelo o fundamental é o tempo do pesquisador para análise dos documentos para sua pesquisa e por fim, existe a vantagem da pesquisa documental não exigir contato com os sujeitos da pesquisa.

Na execução desta pesquisa foram utilizados os documentos acumulados individualmente nas sub-séries da Série Prontuário Médico do Paciente, relatórios disponíveis pelo Tasy, programa que armazena os dados das atividades desenvolvidas na Casa de Saúde São Sebastião, correspondentes a amostra escolhida.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 O Prontuário Médico do Paciente na Casa de Saúde São Sebastião

Na Casa de Saúde e Maternidade São Sebastião os prontuários médicos, na sua grande maioria, ainda são registrados de forma tradicional, ou seja, no papel, sendo que somente na UTI os médicos iniciaram recentemente a realizar os registros e evoluções dos pacientes de forma eletrônica utilizando o programa Tasy. No período referente à amostra estudada não eram inseridos dados eletronicamente aos Prontuários Médicos.

Os dados recebidos ou produzidas nas diversas atividades englobadas pela Casa de Saúde São Sebastião são digitados e alimentam um software que permite a busca pelo melhor gerenciamento da unidade, visto que inúmeros relatórios e gráficos são oferecidos pelo sistema Tasy.

Implantado na Casa de Saúde São Sebastião em meados de 2005 o sistema Tasy é um dos mais completos softwares para gestão em saúde do mercado brasileiro, desenvolvido pela Wheb Sistemas, empresa catarinense que está no mercado desde 1997, especializada no desenvolvimento de tecnologias e sistemas de gestão focada no segmento da saúde.

O software facilita o fluxo de informações entre todos os setores da empresa. O relacionamento acontece pela integração entre os módulos, eliminando desta forma dados redundantes e retrabalho.

O software funciona com vários módulos e está em fase de estudos a implantação do módulo PEP que trata do prontuário eletrônico de paciente que reúne o resultado de todas as informações dos atendimentos dos pacientes. Além disto, permite a ação direta de vários profissionais como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas entre outros, através de funcionalidades como avaliações, evoluções, escalas e prescrições.

O sistema permite a configuração e customização de acordo com as necessidades e rotinas de cada setor e/ou instituição. Além de simples implantação o software possui uma interface amigável que facilita o processo de utilização. Além deste, o Tasy tem ferramentas para criação de interfaces com outros sistemas e permite a criação de telas como: questionários de pesquisa e anamneses.

O programa Tasy é utilizado em várias outras unidades de serviços de saúde e em Florianópolis podem-se citar as seguintes empresas: Hospital de Caridade, Ultralitho Centro Médico, SOS Córdio Pronto Socorro Cardiológico.

Quando é realizada a internação de um paciente, seus dados pessoais e clínicos são registrados no sistema de gerenciamento eletrônico de informação do programa Tasy. Com isso é gerado um número de prontuário que é único para cada paciente, independente do número de atendimentos que tenha nesta instituição.

Os documentos que fazem parte dos prontuários médicos dos pacientes são preenchidos pelos médicos e outros profissionais como enfermeiros, nutrólogos, fisioterapeutas.

Quando o paciente recebe alta, o prontuário médico do paciente é encaminhado ao setor de faturamento. Algumas empresas que oferecem planos de convênios de saúde particulares fazem in loco as conferências e auditorias das contas. Para as empresas que não vem até a CSSS são encaminhadas cópias dos referidos documentos para conferências e auditorias das contas médicas.

Este prontuário fica no setor de faturamento por cerca de um mês até que os convênios de saúde liberem os pagamentos referentes aos atendimentos. Após a confirmação dos pagamentos os prontuários são encaminhados para o arquivo permanente da CSSS. Somente no mês de janeiro de 2007 foram arquivados trezentos e dezenove (319) prontuários médicos dos pacientes, sendo que durante todo o ano foram incorporados ao arquivo permanente 3743.

4.2 Roteiro do Prontuário Médico do Paciente na Casa de Saúde São Sebastião

O paciente chega a CSSS por indicação médica após consultas realizadas em clínicas e/ou consultórios particulares. Permanecem na UTI os alguns pacientes do pós operatório e outros transferidos de outras instituições de saúde.

Na recepção apresenta documentos como encaminhamento médico (ver anexo B) para realização de cirurgia, o horário, tipo de procedimento e nos casos de atendimentos por convênios a guia com autorização para realização do procedimento.

Caso não possua ainda o cadastro com a CSSS, o funcionário do setor irá para preencher o cadastro do paciente com as informações: nome completo, data de nascimento, sexo, religião, número de CPF e RG, estado civil, nome do cônjuge, nomes dos pais, naturalidade, endereço, número do telefone, qual convênio/seguro médico para o atendimento, o código do procedimento, o número da matrícula no referido convênio/seguro, a validade do convênio/seguro, a empresa vinculada ao convênio/seguro, o médico responsável, setor para acomodação (enfermaria, apartamento ou UTI). Caso já possua cadastro o paciente ou o responsável apenas confirmam as informações para atualização e correção das possíveis alterações como: estado civil, endereço e telefone.

O preenchimento destes dados no programa Tasy gera automaticamente um número de prontuário novo. Caso o paciente já possua prontuário aberto na CSSS, este número é único independente das vezes que for atendido.

Após o cadastro (ver Anexo C) é impresso e colado junto a um envelope de papel pardo 24 x 34 cm aonde dentro deste envelope serão incorporados os documentos que irão formar o PMP deste paciente.

Ainda na recepção, o paciente ou seu responsável, assina um termo de responsabilidade (ver Anexo D) no qual se diz ciente e concorda com os procedimentos indicados pelo médico assistente. O paciente ou responsável também assina um contrato de prestação de serviços hospitalares com a CSSS (ver Anexos E e F), aonde entre outras coisas, o contratante se compromete a providenciar autorização, caso seja convênio, sob pena de arcar integralmente com todas as despesas devidas pela internação do contratante.

Na seqüência, o paciente é conduzido até o quarto aonde receberá da equipe de enfermagem os devidos cuidados, orientações e os procedimentos de rotina para o seu encaminhamento ao centro cirúrgico.

No centro cirúrgico, o envelope com o PMP receberá vários documentos como o relatório de cirurgia (ver Anexo G e H), a folha com o relatório anestésico (ver anexo I e J), a folha com os gastos de sala entre materiais e medicamentos (ver anexo K), a folha com as anotações dos cuidados pré-pós operatório (ver anexo L e M), desde os momentos da preparação, cirurgia e também do período em que permanecer na Unidade de Recuperação (REPAI).

No entanto, para que o setor de faturamento de contas médicas agilize o cálculo dos gastos dos pacientes no centro cirúrgico, as folhas com a relação dos gastos de materiais e medicamentos, relatórios anestésicos e relatório cirúrgico são encaminhadas para o setor logo após a saída do paciente do centro cirúrgico aonde que posteriormente também serão calculados os gastos que ocorreram no posto de enfermagem.

Este processo de retirada da folha com os gastos do paciente no centro cirúrgico e REPAI é controlado com a ajuda de um caderno protocolo aonde são identificadas algumas informações como nome do paciente e o nome funcionário que retirou estes documentos.

Quando o paciente deixa o centro cirúrgico e segue para o quarto, são incorporados mais documentos ao seu envelope do PMP, sendo que no posto de enfermagem ainda são incluídos a folha de admissão do paciente (ver anexos N,O,P e Q), a folha com a prescrição médica (ver anexo R) e folha com os relatos da evolução clínica do paciente (ver anexo S).

Após a alta médica (ver anexo T), o envelope com o PMP é encaminhado ao setor de contas médicas para que sejam feitos os cálculos, conferências e cruzamentos de dados dos gastos decorrente daquele atendimento.

Os atendimentos particulares são pagos, no momento da alta hospitalar, no setor de tesouraria onde os PMP destas contas ficam liberados para o seu devido arquivamento. Nos atendimentos realizados através dos convênios/seguros médicos, esta documentação fica a disposição para auditoria e conferência das contas e após 30 (trinta) dias aproximadamente, após a realização destas atividades, ocorre o pagamento da conta, de modo que a partir da confirmação do pagamento das contas, o PMP é encaminhado para o arquivo, exceto no caso dos convênios da Unimed que devido à falta de espaço no setor de faturamento de contas médicas estes PMP acabam indo para o arquivo antes da confirmação do pagamento.

No arquivo, os envelopes com os PMP são acondicionados em caixas de papelão sendo que cada caixa recebe uma média de trinta (30). As caixas, por sua vez, estão em estantes de metal e a organização é feita em ordem numérica crescente.

Constantemente as documentações de PMP são solicitadas para consulta, realização de cópia e estes envelopes com documentos são retirados do arquivo e só ai é que o registro do fluxo é protocolado aonde o paciente ou interessado, neste caso precisa ser parente de 1º grau, preenche uma solicitação.

Percebe-se, que os envelopes com as documentações referentes ao PMP circulam por muitos setores e, conseqüentemente, são manuseados por várias pessoas, mas que, no entanto, não existe um sistema eficiente para o controle do fluxo destes envelopes e das respectivas documentações que fazem parte do PMP. Portanto, corre-se o risco de perder ou extraviar uma documentação de um PMP o que provocaria problemas como já citado anteriormente, tanto para o paciente, o médico, equipe multiprofissional e também para a instituição.

O que não significa dizer que ao adotar um sistema de protocolo de recebimento e envio de documentos e prontuários médicos os extravios e as perdas de documentos deixarão de existir totalmente, mas criar-se-ia um fluxo aonde além buscar diminuir as chances de erro, poderão também ser identificados os prováveis responsáveis pelo último manuseio do documento e a provável recuperação, de modo a oferecer mais segurança para as práticas de controle, posse e acesso destes documentos.

4.3 Amostra do Prontuário Médico do Paciente na Casa de Saúde São Sebastião

Foram considerados para esta análise os cem (100) primeiros PMP de janeiro de 2007 da CSSS. Estes números correspondem a 2,67 % do período relativo ao mês de janeiro. Toda a série PMP está acondicionada em caixas de arquivo de papelão, sendo que os PMP desta amostra estão acondicionados em três caixas sendo que nas duas primeiras possuem trinta e nove (39) PMP cada uma e na terceira estão os demais. Cabe destacar, conforme mencionado no capítulo anterior, que cada envelope contendo o prontuário individual do paciente forma a sub-série PMP.

Os documentos referentes aos PMP estão acondicionados em envelopes de papel pardo de tamanho 24 x 34 cm aonde todos os envelopes possuem folhas

impressas coladas na frente com o cadastro do paciente preenchido no sistema Tasy.

Dentro dos envelopes estão acondicionados documentos como: relatório de cirurgia, folha de anestesia, gastos de sala de cirurgia, relatório pré-pós operatório, folha de admissão do paciente no posto de enfermagem, evolução clínica do paciente, termo de responsabilidade, contrato de prestação de serviços com a CSSS, prescrição médica, receituário médico, aviso de alta, entre outros pertencentes ao prontuário médico.

No entanto, observa-se que estão dispostos aleatoriamente dentro dos envelopes, pois como foi constatado existiam diversas formas e ordens para acomodação dos documentos dentro dos envelopes. Por exemplo: ora a prescrição médica estava entre os primeiros documentos do envelope, ora estava por último e o exemplo vale para os demais documentos.

Essa documentação fica solta nos envelopes, ou seja, não está presa a cliques, grampos, tampouco algum tipo de fixador, salvo nos prontuários de pacientes atendidos pelo convênio Unimed onde as folhas estão fixadas com um grampo metálico e que, em alguns casos, por conta do grampo estar enferrujado, alguns documentos já possuem manchas de ferrugem.

A incidência dos documentos nos prontuários médicos é verificada da seguinte forma: em todos os envelopes está colada a folha de cadastro com informações do paciente onde estão anotados alguns dados como data de nascimento, sexo, estado civil, telefone, endereço, nome dos pais, convênio, matrícula do convênio, código de autorização, procedimento, nome e telefone de uma pessoa responsável pelo paciente, nome do médico, entre outros.

Verificou-se que em 19% da amostra, os PMP não possuem a folha com a prescrição médica, bem como 62% deles estão sem a evolução clínica do paciente. Constatou-se ainda que em 55 % das folhas com relatórios de cirurgias, folhas com dados das anestésias e prescrições médicas dos PMP as anotações feitas pelos profissionais são praticamente ilegíveis e em 40 % destes documentos falta o carimbo do médico com o nº do registro no Conselho Regional de Medicina (CRM). Pois, conforme determinação do Conselho Federal de Medicina (CFM) através da resolução nº 1638/02 é papel da Comissão de Revisão dos PMP verificar possíveis documentos que possuem escrita ilegível, sendo que o profissional deve além de

assinar, carimbar os documentos aonde deverá estar identificado o número do seu registro no CRM.

As caixas de papelão, do período analisado, estão em bom estado, mas, no entanto, cabe salientar que as caixas com PMP de períodos mais antigos já sofrem com o processo de deformação haja vista que existe um acúmulo de envelopes nas caixas o que resulta em dificuldade tanto de acesso quanto para o manuseio destes envelopes e conseqüentemente dos documentos.

Por isso deveria ser estabelecida uma quantidade máxima de envelopes por caixa e dependendo do volume de documentos dentro dos envelopes, de modo que as caixas que estão em bom estado não sofram o mesmo problema que foi diagnosticado e visível nas caixas mais antigas.

Outro fator importante seria a substituição das caixas de papelão por caixas poliondas, pois como o setor de arquivo é um ambiente quente e úmido, o papelão devido sua acidez acaba prejudicando na conservação dos documentos.

Também a identificação das caixas poderia ser melhorada com a uniformidade do nome da série. Por exemplo: Prontuários Médicos – 0001 à 0030 , cx. n° 01, este dado seria um elemento a mais com o objetivo de evitar que as caixas sejam guardadas em locais indevidos, pois a identificação colada nas laterais das caixas identifica a instituição (CSSS), seu logo, seu endereço, logo abaixo está identificado o programa em que foi gerado, neste caso o Tasy e, na seqüência o n° do primeiro e do último PMP daquela caixa, mas não especifica o setor e nem o número seqüencial da caixa.

Poderia também ser adotado um sistema para identificação das caixas e envelopes com cores, separando-os por anos. Por exemplo: As caixas e os envelopes do ano 2007 com uma sinalização, adesivo talvez, 2007 cor azul, 2006 vermelho, 2005 amarelo, enfim. Com o objetivo de minimizar as chances de guarda errada e extravio de documentos.

Em nenhum dos envelopes do período pesquisado, as documentações possuem controle das folhas que poderia ser feito com o auxílio de carimbo de página e numeração seqüencial para desta forma além de manter uma ordem correta na organização dos documentos, ajudaria a evitar o extravio de documentos. Caso isso ocorresse seria facilmente identificado qual documento foi extraviado ou rearquivando em local indevido.

Também as partes em branco, ou seja, as partes que não estão preenchidas nos documentos como, por exemplo, os versos em alguns casos, não estão carimbados para desta forma evitar que informações posteriores aquele atendimento possam ser anotadas nestes documentos. Para estes casos poderia ser adotado um sistema com carimbos para identificar as partes em branco dos documentos.

Também não existe nenhuma espécie de livro de protocolo para controlar o acesso e o manuseio dos PMP e dos respectivos documentos tanto no momento em que esta documentação já está no arquivo bem como durante o período em que o paciente é atendido desde a sua internação até sua alta do hospital.

As caixas de papelão estão organizadas em ordem numérica crescente em estantes de aço, mas as estantes e suas prateleiras não possuem identificação. Poderiam ser sinalizada como: estante 01, estante 02, prateleira 01, prateleira 02, etc. Também, o Arquivo da CSSS não dispõe de base de dados que permite a descrição de cada sub-série.

O fato da criação de uma base com estas características ajudaria consideravelmente na organização e localização dos documentos dentro do Arquivo Permanente, pois tendo em vista que sempre que um documento for solicitado à pessoa responsável pelo arquivo sua recuperação tende a ocorrer de forma mais prática, rápida e segura. Em outros tempos esta série do arquivo era conhecida como Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente pode-se afirmar que os objetivos definidos nesta pesquisa foram alcançados na medida em as etapas iam sendo cumpridas.

Com esta pesquisa pode-se concluir que três realidades referentes ao Prontuário Médico do Paciente podem ser melhoradas, são elas: o fluxo informacional, a estrutura física do Arquivo Permanente e a questão da revisão dos prontuários.

O fluxo informacional do PMP aplicado pelas rotinas administrativas da Casa de Saúde e Maternidade São Sebastião, são ultrapassadas, precárias e em algumas vezes incorretas, pois conforme apontado ao longo desta pesquisa o PMP é considerado o conjunto de documentos relativos ao atendimento médico aonde que desde a chegada e internação do paciente a unidade hospitalar até o momento da alta, o qual circula por vários setores e conseqüentemente é manuseado por muitos profissionais.

Toda esta dinâmica faz com que sejam gerados e anexados ao PMP vários documentos e cada documento incorporado ao PMP tem a sua importância aonde que um documento extraviado pode repercutir negativamente para a instituição seja no aspecto legal, administrativo, financeiro e moral.

A existência de um sistema que possibilite ter um controle do fluxo dos PMP desde sua inserção e a retirada de documentos seriam criadas formas de minimizar as chances de erros e extravios de documentos e caso aconteça ao menos se saberá quem são os responsáveis, ou pelo menos os últimos a terem manuseado tais documentos e acessado aquelas informações.

Outro ponto importante que chama a atenção é a questão da guarda destes documentos que ocorre em local com estrutura física limitada e precária, pois conforme já citado o atual ambiente físico do Arquivo Permanente além de não possuir portas, é passagem obrigatória para alguns funcionários que tem o vestiário em uma sala no final do prédio e fica ao lado da entrada para a sala de descanso dos funcionários, sendo o acesso livre a todas as pessoas em qualquer horário.

Não existe nenhum sistema de climatização e o Arquivo Permanente quase sempre tem a temperatura elevada. O Arquivo Permanente também sofre

com problemas de umidade e infiltração aonde em vários pontos da parede são visíveis às manchas dos fungos.

As partes em madeira como o forro, estrutura do telhado bem como algumas estantes estão em péssimo estado de conservação com bastante cupim. Parte do forro para não desabar é reforçado com a ajuda de uma escora.

Percebe-se também que a quantidade de estantes não suporta mais a quantidade de caixas de arquivo com os envelopes e os respectivos PMP e a cada dia mais caixas são incorporadas ao arquivo. Também as caixas de papelão contribuem para a proliferação da acidez no papel resultando no comprometimento da durabilidade dos documentos.

Seria extremamente importante o estudo para viabilização da transferência do Arquivo Permanente para uma nova sala com estrutura física adequada para um arquivo e que ofereça condições mínimas de consulta e trabalho com segurança.

Dentro das caixas no PMP também é interessante a implantação do modelo piloto apresentado nesta pesquisa com a devida seqüência e fixação dos documentos sem prejudicar o acesso as suas informações, bem como a numeração das folhas para controlar a seqüência e extravio de documentos.

Sugere-se a substituição das caixas de papelão por caixas poliondas que são as mais recomendadas para a conservação e durabilidade dos documentos. Também a aquisição de novas estantes.

Tendo em vista a realidade constatada no arquivo através da análise dos PMP e ainda dentro da linha teórica que sustentou o referencial e os objetivos desta pesquisa, propomos como modelo piloto a forma da descrição, ordenação e localização dos documentos da sub-série mais adequadas aos interesses dos usuários conforme Apêndice B.

E, por fim, a questão da atuação da Comissão de Revisão de Prontuários tendo em vista a quantidade de situações apontadas durante esta pesquisa como ilegibilidade dos documentos, a falta dos carimbos médicos e da equipe multiprofissional e seus respectivos registros nos conselhos profissionais possibilitando a devida identificação, além da questão das páginas em branco, falta de documentos e informações, utilização de líquidos corretivos e anotações realizadas a lápis. Portanto se propõe a implantação da Comissão de Revisão de

Prontuário da CSSS com respaldo legal da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº. 1.638/2002 e reforçada pela Resolução n. 22, de 30 de outubro de 2005, do Conselho Nacional de Arquivos do Arquivo Nacional. Embora a Comissão tenha sido criada pela CSSS em 16 de agosto de 2007, faz-se necessário sua efetiva implantação visando a sua atuação.

A forte e presente atuação da Comissão possibilitará a correção das falhas apontadas, bem como a busca da melhoria no que diz respeito ao preenchimento, manuseio, revisão, consulta e guarda dos PMP da CSSS.

REFERÊNCIAS

APERS. **Fundo**. Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.apers.rs.gov.br/portal/index.php?menu=pesquisa&pesquisa=fundo>>. Acesso em 20 out. 2008.

ARQUIVO NACIONAL (BRASIL). **Lei nº. 8.159 de janeiro de 1991**. Dispõe sobre a política Nacional de Arquivos públicos e privados e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.arquivonacional.gov.br/conarq/legislação/lei8159htm>>. Acesso em: 14 jun. 2008.

ARQUIVO NACIONAL (BRASIL). Conselho Nacional de Arquivos. **Resolução nº. 22, de 30 de junho de 2005**. Dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde. Disponível em: <<http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm>>. Acesso em: 30 maio 2008.

BACELAR, Simônides da Silva. **Prontuário Médico do Paciente**. Disponível em: <<http://www.hospitaluniversitariodebrasil.br>>. Acesso em: 20 ago. 2008.

BARRETO, Mônica Valério. **Implantação do arquivo da empresa ETS – Energia, transporte e saneamento**: um estudo de caso. Florianópolis, 2004. 52 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Biblioteconomia e Ciência da Informação) – Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Ciências da Educação, Florianópolis, 2004.

BELLOTO, Heloisa Liberalli. **Arquivos permanentes**: tratamento documental. São Paulo: T. A. Queiroz, 1993. 199 p.

BEZERRA FILHO, José Gomes; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde revisão de literatura. **Pesquisa Médica Fortaleza**, v. 2, n. 1, p. 18-27, jan./mar. 1999. Disponível em: <<http://www.ufc.com.br>>. Acesso em: 22 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Composição mínima do prontuário médico**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/mweb/decas/pront.mansih.htm>>. Acesso em: 14 jun. 2008.

CAMARGO, Ana Maria de Almeida; BELLOTO, Heloisa Liberalli. **Dicionário de terminologia arquivística**. São Paulo: Porto Calendário, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº. 1246/1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br>>. Acesso em: 15 jun. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº. 1331/1989**. Brasília, 1989. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br>>. Acesso em: 15 jun. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº. 1614/2001**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br>>. Acesso em: 15 jun. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº. 1638/2002**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br>>. Acesso em: 15 jun. 2008.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA. **Manual de orientação ética e disciplinar**. Disponível em: <www.portalmedico.org.br/Regional/crmsc/manual/>. Acesso em: 15 jun. 2008.

DUCHEIN, Michel. O respeito aos fundos em arquivística: princípios teóricos e práticos. **Revista Arquivo & Administração**. Rio de Janeiro, v. 10-14, p. 14-33, ago.1996.

ENFERMATECA. **Serviço de Prontuário de Paciente**. Disponível em: <www.aguaviva.mus.br/enfermateca/Trabalhos/ServicoProntuarioPaciente.htm> Acesso em: 20 jul. 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991. 70 p.

GONÇALVES, Janice. **Como classificar e ordenar documentos de arquivo**. São Paulo: Arquivo do Estado, 1998. 37 p.

GOTARDO, Rosane Terezinha. **Implementação de Prontuário Médico Eletrônico Hospitalar**. Florianópolis, 2002. 86 p.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, c1999. 2128 p.

HIPÓCRATES. **Biografia**. Disponível em: <<http://www.todabiologia.com/pesquisadores/hipocrates.htm>>. Acesso em: 17 out. 2008.

INHOTEP. **Biografia**. Disponível em: <<http://abemdanacao.blogs.sapo.pt>>. Acesso em: 17 out. 2008.

LOPEZ, André Porto Ancona. **Como descrever documentos de arquivo: elaboração de instrumentos de pesquisa**. São Paulo: Arquivo do Estado: Imprensa Oficial do Estado, 2002. 64 p.

MASSAD, Eduardo; MARIN, Heimar de Fátima; AZEVEDO NETO, Raymundo Soares de. **O Prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: USP; Washington: OPAS: OMS, 2003. 202p.

MEZZOMO, Augusto A. **Serviço de Prontuário de Paciente: organização e técnica**. 3. ed. São Paulo: CEDAS, 2000.

NOGUEIRA, Celso Schamalfuss. **Prontuário Médico**. Disponível em: <http://www.unimes.br/aulas/MEDICINA/Aulas2005/1ano/Procedimentos_basicos_e_m_medicina/prontuario_medico.html>. Acesso em: 22 ago. 2008.

OLIVEIRA, Olga Maria Boschi Aguiar de. **Monografia jurídica: orientações metodológicas para o trabalho de conclusão de curso**. Porto Alegre: Síntese, 1999. 127 p.

PAES, Marilena Leite. **Arquivo: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997. 225 p.

_____. **Arquivo**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1994. 100 p.

PEREIRA, Carla Carolina. **Relatório de estágio no Arquivo Fotográfico do Instituto Histórico e Geográfico de Santa Catarina**. Florianópolis, 2001. 43 f. Apresentado na disciplina Estágio em Arquivos do II Curso de especialização em Gestão de Arquivos Públicos e Empresariais – UFSC, Departamento de Ciência da Informação, 2001.

POSSARI, João Francisco. **Prontuários do paciente e os registros de enfermagem**. São Paulo. Átria, 2005.

PRADO, Heloísa de Almeida. **A técnica de arquivar**. São Paulo: Polígono, 1970. 156 p.

PRESTES JR., Luiz Carlos L.; RANGEL, Mary. Prontuário Médico e suas Implicações Médico-Legais na Rotina do Colo-Proctologista. **Revista Brasileira Colo-proctologia**, v. 27, n. 2, p.154-157, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v27n2/04.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2008.

RABELLO, Cristiane Carbonell. A reestruturação de um serviço de prontuário do paciente visando a melhoria da qualidade hospitalar. **Ciência em Movimento**, São Paulo, v. 4, n. 8, p. 15-18, 2002.

REIS, Sara Regina Poyares dos. **Capela São Sebastião: 150 anos de história**. Florianópolis: Ed. da autora, 2006, 96 p.

ROMANI, Cláudia; BORSZCZ; Iraci. **Unidades de informação: conceitos e competências**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2006. 133 p.

SANTOS, Vanderlei Batista dos; INNARELLI, Humberto Celeste; SOUZA, Renato Tarciso Barbosa de. **Arquivística: temas contemporâneos: classificação, preservação digital, gestão do conhecimento**. Brasília: SENAC, 2007. 224 p.

SHELLENBERG, Theodore R. **Arquivos modernos: princípios e técnicas**. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. 388 p.

SILVA, Zélia Lopes da. **Arquivos, patrimônio e memória: trajetórias e perspectivas**. São Paulo: Editora UNESP: FAPESP, 1999. 154 p.

SILVA, Edna Lúcia da; MUSZKAT, Estera Menezes. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. rev. ampl. Florianópolis: UFSC, 2005

TOMAZELI, Rosilene; MOURA, Adriana de Andrade; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. A eficácia do prontuário eletrônico no gerenciamento de cliente /paciente em sistema de informação hospitalar. **Scientia**, Vila Velha, v. 5, n. 1/2, p. 89-104, jan./dez. 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. **Arquivologia e seus conceitos**. Disponível em: <<http://arquivologia.multiply.com/journal/item/3>>. Acesso em: 24 out. 2008.

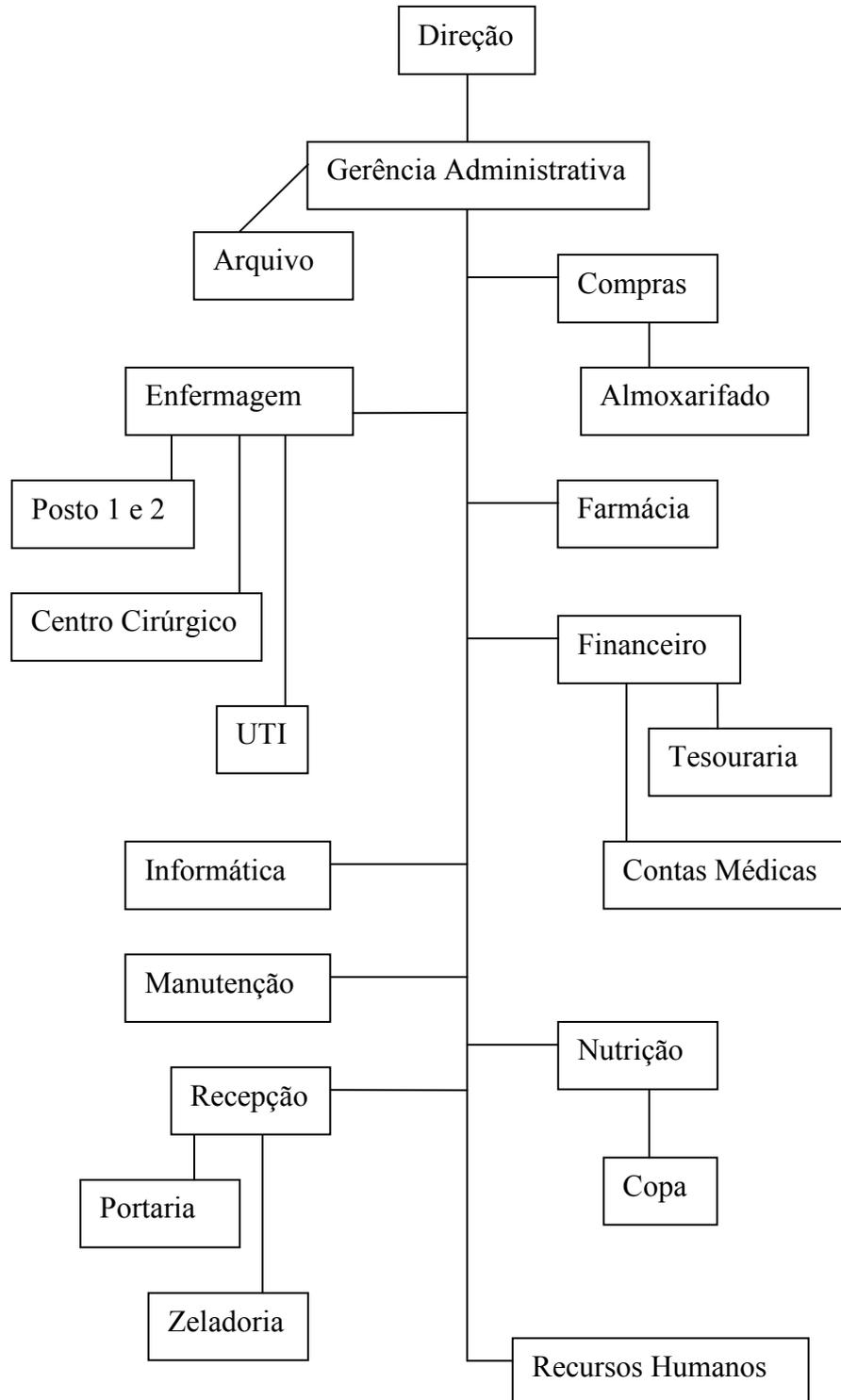
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATRINA. Curso de Graduação em Biblioteconomia. **Normas para a realização de trabalho de conclusão de curso.** Florianópolis, 2007.

VIEIRA, Sebastiana Batista. **Técnicas de arquivo e controle de documentos.** Rio de Janeiro: Temas e Idéias, 1999. 115 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ORGANOGRAMA ADMINISTRATIVO DA CSSS



APÊNDICE B

MODELO PILOTO PARA SÉRIE Prontuário Médico do Paciente

Fundo: Casa de Saúde e Maternidade São Sebastião Ltda.

Série: Prontuário Médico do Paciente

Gênero documental: Textual

Sub-série: Paciente A...

Número do prontuário: 0001

Tipo do documento:

Data:

Quantidade:

Localização:

Prateleira:

Caixa:

ANEXOS

ANEXO A – COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO

COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO

Definida pela Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.638/2002 na qual: "Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde". De acordo com o Art. 3º é obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Esta a comissão deverá ser criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnósticos definitivos e tratamento efetuado;

Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos que o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

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 obrigatórios a assinatura e o respectivo número do CRM;

Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os

procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Conforme o Art. 6º - A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Art. 7º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 10 de julho de 2002

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE RUBENS DOS SANTOS SILVA

Presidente Secretário-Geral

ANEXO B – ENCAMINHAMENTO MÉDICO


Dr. Henrique Riggenbach Müller
 CRM/SC 9116
 Cirurgia Plástica
 Estética e Reparadora



Rua Bento Gonçalves, 183 sala 1204
 Centro Executivo Pedro Xavier
 88010-080 Centro, Florianópolis, SC
 Fone: 48 3225.2758

PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia: Abdominoplastia + Mama

Data da cirurgia: 09, 01, 2007

Hospital:

Casa de Saúde e Maternidade São Sebastião
 Rua Bocaiúva, 72 - Largo São Sebastião
 Centro Florianópolis Cep:88015-530
 Fone: (48) 3222-2611

Observações:

- Comparecer ao hospital no dia da cirurgia às 7:30hs para internação.
- Jejum após 22hs do dia anterior.

Dulce da Paup. @ 17h dia anterior
 Florianópolis, 03 de Janeiro de 2007


Dr. Henrique Müller
 Cirurgia Plástica
 CRM/SC 9116

ANEXO C – CADASTRO IMPRESSO COM OS DADOS DO PACIENTE NO TASY

OK/7/12/12
- CUNHA
Carta Clínica
Fotograficamente - 353

CIN DIGITADA



Cadastro do Paciente		Atendimento	Prontuário
		40767	174531
Paciente	João N. [REDACTED]		
Data Nasc.	17/08/1941	Religião	
Idade	65 Anos	Fone Residencial	48 [REDACTED]
Sexo	Masculino	Fone Comercial	-
Estado Civil	Casado	Fone Contato	[REDACTED]
Naturalidade	Antonio Carlos	Endereço	[REDACTED] NDAL,827
Grau		Bairro	CENTRO
Profissão	Aposentado (a)	Cidade	Antonio Carlos - SC
Loc. Trabalho		CEP	88.180-000
Observação			
	Nome	Profissão	Local de Trabalho
Mãe	Cristina [REDACTED]		
Pai	Nicolau [REDACTED]		
Cônjuge	Valdete [REDACTED]		
Convênio	Saúde Bradesco	CPF	[REDACTED]
Categoria	Apartamento Standart	Identidade	[REDACTED]
Matricula	[REDACTED]	Empresa	
Validade	30/06/2007		
Observação	AUT 56050089+01 DIA EM APTO SEM ACOMP. PCTYE OPTOU POR ACOMP PAGARA DIFERENÇA DE R\$30,00, ANO FOI SOLICITADO MATERIAL- ANDRÉIA		
Data	12/01/2007 07:23:13	Setor	Posto 2
Acomodação	Apartamento	Quarto/Leito	12
Observação		Médico Resp	2965 Ivan Moritz M. da Silva
Responsável	J. [REDACTED]		
Endereço	[REDACTED]	Empresa	
Telefone	[REDACTED]	CPF	
Identidade			
Observações			
CID/Diag. Prov.			
CID/Diag. Def.			
Data Alta			
Motivo Alta			
<p>Eu, RG/CPF abaixo assinado, solicito expressamente, a alta hospitalar antecipada do paciente acima, assumindo total e exclusiva responsabilidade pelo eventual agravamento do estado de saúde do paciente.</p> <p>Florianópolis, SC ____/____/____</p>			
			Assinatura Médico
			Assinatura do Responsável

ANEXO D – TERMO DE RESPONSABILIDADE



CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE SÃO SEBASTIÃO LTDA.

Rua Bocaiúva, 72 - Largo São Sebastião - Centro -
Florianópolis/SC

CNPJ 80.485.287.0001-26 - e-mail: csss@brturbo.com.br

Fone: (48) 222-2611 - Fax(48) 224-6558

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Paciente: [REDACTED]

Convênio: **Particular**

Data: **09/01/2007 07:48:19**

Declaro, na qualidade de paciente ou responsável, para os devidos efeitos legais, estar plenamente ciente da indicação médica de internamento, concordando, desde já, com os exames e procedimentos indicados pelo(a) médico(a) assistente,

Dr(a). Henrique R. Muller

Quaisquer outros procedimentos sugeridos por indicação do médico assistente serão avaliados por mim, que os autorizarei, ou não, após receber os necessários esclarecimentos sobre as vantagens e desvantagens de tais procedimentos complementares.

Havendo risco de vida ou urgência comprovada no atendimento médico-hospitalar, o médico assistente deverá agir em benefício do paciente, independentemente de autorização deste ou de terceiros.

Florianópolis, 09/01/07

Nome e Assinatura da recepcionista

Nome e Assinatura do paciente / responsável

ANEXO E – CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO (FOLHA 1/2)

CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE SÃO SEBASTIÃO LTDA.
 Rua Bocaiúva, 72 - Largo São Sebastião - Centro -
 Florianópolis/SC
 CNPJ 80.485.287.0001-26 - e-mail: csss@brturbo.com.br
 Fone: (48) 222-2611 - Fax(48) 224-6558

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Contratada: Casa de Saúde e Maternidade São Sebastião Ltda. (pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n. 80.485.287/0001-26, sediada nesta Capital, na Rua Bocaiúva, n. 72 - Largo São Sebastião), neste ato representada por sua Diretora Geral ou substituto(a) legal.

Contratante: _____ RG _____ CPF: _____

Atendimento: **40727**

Convênio: **Particular**

Prontuário: **174502**

Paciente: _____

Cláusula 1ª. Por intermédio do presente contrato a CONTRATADA compromete-se a prestar serviços hospitalares ao CONTRATANTE acima qualificado.

Cláusula 2ª. Caso o CONTRATANTE seja associado a algum Plano/Seguro Saúde, o mesmo se compromete a providenciar a autorização de internação junto ao Plano/Seguro Saúde, sob pena de arcar integralmente com todas as despesas devidas pela internação do CONTRATANTE.

Parágrafo Primeiro: Se o CONTRATANTE estiver vinculado a um Plano de Saúde, a CONTRATADA obedecerá as normas previstas no contrato que disciplina os atendimentos aos usuários do respectivo convênio.

CLÁUSULA 3ª. O CONTRATANTE e/ou seu responsável assumirá todas as despesas não cobertas pelo Plano de Saúde, relativas a internação, fisioterapia, materiais, serviços médicos e/ou tratamento hospitalar.

Parágrafo Primeiro: Na obrigação descrita no *caput* desta cláusula também se incluem despesas oriundas de:

- a) opção do paciente ou responsável por acomodações superiores às cobertas pelo convênio;
- b) Despesas com acompanhantes, telefonemas, refeições, remoções e outras, de natureza extraordinária.

Parágrafo Segundo: Despesas com Órtese, Próteses e demais materiais, caso utilizados, serão cobradas segundo Tabela Particular de Preços da CONTRATADA, que é parte integrante do presente contrato.

ANEXO F – CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS (FOLHA 2/2)

Parágrafo Terceiro: O CONTRATANTE e/ou seu RESPONSÁVEL respondem solidariamente pelas despesas elencadas nesta cláusula, nos termos do artigo 264 e seguintes do Código Civil Brasileiro.

Cláusula 4ª. Todas as despesas referidas na Cláusula 3ª serão apresentadas, ao CONTRATANTE ou RESPONSÁVEL, a cada dez (10) dias, para imediata quitação, mediante a emissão, pela CONTRATADA, da respectiva Nota Fiscal de Serviços.

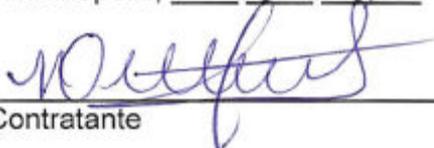
Parágrafo Único: Não sendo efetuado o pagamento das despesas estabelecidas na Cláusula 3ª, no prazo e na forma previstos na Cláusula 4ª, assistirá à CONTRATADA o direito de emitir duplicata de serviço, nos termos da legislação vigente, cujo valor será correspondente ao serviço prestado e consubstanciado nas respectivas Notas Fiscais, acrescido de multa de 2% (dois por cento) sobre o débito, correção monetária (IGP-M/FGV) e juros moratórios de 1% ao mês.

Cláusula 5ª. O CONTRATANTE e/ou seu RESPONSÁVEL declaram-se plenamente cientes, neste ato, de que, em cada procedimento médico-hospitalar realizado, a CONTRATADA responderá civilmente por quaisquer falhas de natureza hospitalar, cabendo ao(s) médico(s) integrante(s) da equipe cirúrgica responder(em), civil, ética e/ou criminalmente, por todo e qualquer erro de natureza médica, nos termos da legislação em vigor.

Cláusula 6ª Fica eleito o Foro Central da Comarca de Florianópolis/SC para julgamento dos conflitos de interesse deste contrato, com renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem as partes perfeitamente ajustadas entre si, assinam o presente instrumento particular, em duas vias de igual teor e forma, para os efeitos do artigo 135 do Código Civil Brasileiro, na presença de duas testemunhas abaixo assinados e identificados.

Florianópolis, 09/09/14



 Contratante

 Responsável

Contratada: **CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE SÃO SEBASTIÃO LTDA.**
 _____ - Diretora Geral ou Procurador(a)

Testemunhas:

ANEXO G – RELATÓRIO DA CIRURGIA (FRENTE)

SS Casa de Saúde e Maternidade São Sebastião Ltda.

NOME _____

Quarto _____ Inst. _____

Relatório da Operação

Operador: Henrique R. Müller 1º Assistente: Cyrol R. Müller

2º Assistente: Cyrol R. Müller 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestésicos: _____

Anestesia: _____ Anestesista: _____

Data da operação: 09/01/2006 Início: _____ Fim: _____

Diagnóstico: Distúrbio menstrual + Abdomem tipo III

Operação tipo: Abdominoplastia + Mastopexia bilat.

Diagnóstico: _____

Relatório imediato do Patologista: _____

Acidentes durante a operação: _____

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnicas, ligaduras, suturas, drenagem, fechamento, etc.)

- 1) Abdominoplastia + Colocação campo elástico + fechamento
- 2) Mastopexia abdominal + implante plano elástico
- 3) Fechamento do retalho abdominal
- 4) Abdominoplastia dorsal
- 5) Hemiorquia + Alceotomia abdominal + Auto-Bronchi
- 6) Sufex abdominal no plano
- 7) Anel
- 8) Mastopexia mamária bilateral + Implante
- 9) Mastopexia bilateral - pedículo III (D) e pedículo (E)
- 10) Hemiorquia
- 11) Sufex no plano
- 12) Anel.

SIANEST Serviços Integrados de Anestesiologia LTDA.

Alameda Governado Heriberto Hülse, nº 229 - Centro - Fpolis/SC - Cep: 88015-170 - Fone: 3223-1294 / 3223-0585 - sianest@terra.com.br

IDENTIFICAÇÃO					
NOME	[REDACTED]				
REGISTRO	IDADE	SEXO	COR	EC	
	36	F	B		
CLÍNICA / HOSPITAL	CASS			LEITO	
DATA CONSULTA	DATA CIRURGIA		Dr.(a)		
	09/01/07		Hemiquê		

CIRURGIA	
DIAGNÓSTICO	CIRURGIA PROPOSTA(S)
	Urologia + Dermo + Lipo
CONVÊNIO	CÓDIGOS

EXAME FÍSICO / HISTÓRIA	PREVENÇÃO DE TEP /TVP
PA <u>130/80</u> PULSO <u>68</u> AC <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL /	Idade > 40 anos: 1pt. <input type="checkbox"/>
PESO <u>±70</u> ALTURA <u>1,65</u> AP <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL /	Idade > 40 anos: 2pt. <input type="checkbox"/>
HAS <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/>	Varizes: 1pt. <input type="checkbox"/>
ARRITMIAS <input type="checkbox"/> OUTRAS <input type="checkbox"/>	Varizes grosso calibre: 2pt. <input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES	IMC>30: 1pt <input type="checkbox"/>
<u>Hipertensão</u>	Tabagismo: 1pt <input type="checkbox"/>
<u>hipoalbuminemia</u>	TRH/anticoncepcional: 1pt. <input type="checkbox"/>
	D. Inflamatória intestinal: 1pt. <input type="checkbox"/>
	T. Cirúrgico > 2h: 1pt <input type="checkbox"/>
	T. Cirúrgico > 4h: 2 pt <input type="checkbox"/>
	Anestesia geral: 1pt <input type="checkbox"/>
	ICC/IVE: 2 pt <input type="checkbox"/>
	DPOC: 2 pt <input type="checkbox"/>
	Neoplasia: 2 pt <input type="checkbox"/>
	Paralisia MIs: 2 pt <input type="checkbox"/>
	Sind. nefrótica: 2 pt <input type="checkbox"/>
	HAS: 1pt <input type="checkbox"/>
	Total de pts: <input type="checkbox"/>
	2 a 4 pts: Risco Moderado
	> 4 pts: Alto Risco
DIST. MENTO - CRICOIDEA < 7 CM <input type="checkbox"/> MALLAMPATI CLASSE: <u>I</u>	
ANESTESIAS PRÉVIAS/ANTECEDENTES FAMILIARES <input type="checkbox"/>	

LABORATÓRIO							
HT <u>103</u> HB <u>13,9</u> LEUCÓCITOS <u>18000</u> PLAQUETAS <u>200000</u> CREATININA <u>0,98</u> URÉIA	GLICOSE						
COAGULOGRAMA TTPA <u>30</u> TPA <u>1160</u> URINA	<u>72</u>						
OUTROS <u>Colesterol normal</u>							
RX TÓRAX	ECG: <u>Normal</u>	OUTROS:					

ORIENTAÇÃO	PRÉ-MEDICAÇÃO
TÉCNICA PROPOSTA <u>geral</u>	MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA
GERAL	DOSE
BLOQUEIO <input type="checkbox"/> LOMBAR <input type="checkbox"/> TORÁCICA <input type="checkbox"/>	DATA
SACRAL <input type="checkbox"/> PERIFÉRICO <input type="checkbox"/>	HORA
OBSERVAÇÕES	OBSERVAÇÕES

Ciente:	Nome do Paciente:

Wans
Particular sala 03

				PACIENTE: <i>[Redacted]</i> QUARTO: <i>8</i> LEITO: <i>[Redacted]</i>				REGISTRO: <i>40127</i> DATA: <i>09/03/07</i>					
CIRURGIÃO: <i>[Redacted]</i>				1º AUXILIAR: <i>[Redacted]</i>				2º AUXILIAR: <i>[Redacted]</i>					
ANESTESISTA: <i>Dr. Eugenio</i>				TIPO DE ANESTESIA: <i>geral</i>				INSTRUMENTADORA: <i>[Redacted]</i>					
TE: <i>52</i>				INÍCIO: <i>8:30</i> FIM: <i>10:00</i>				EQUIPAMENTOS					
CDG	MEDICAMENTOS	AP.	QT.	CDG	MEDICAMENTOS	AP.	QT.	CDG	MATERIAIS	AP.	QT.	EQUIPAMENTOS	
1582	ADRENALINA	<i>uv</i>	<i>07</i>	30361	POVIDINE ALCOOLICO				DRENO PENROSE Nº 3				ARTROSCÓPIO
2257	AFRIN				PROFENID	<i>uv</i>	<i>03</i>	976	ELETRODO ADULTO	<i>uv</i>	<i>03</i>		ASPIRADOR ELÉTRICO
9210	ÁGUA DEST. 1000ml			1584	PROSTIGMINE			10840	EQUIPO 4 VIAS				BISTURI BIPOLAR
193	ÁGUA DEST. 10ml			450	QUELICIN			10910	EQUIPO INJET. LATERAL	<i>uv</i>	<i>01</i>		BISTURI ELÉTRICO
228	ÁGUA OXIGENADA			452	RAPIFEN			30350	ESPARADRAPO COMUM	<i>cm</i>	<i>100</i>		BOMBA DE INFUSÃO
2188	ALCOOL ETILICO 70%	<i>ml</i>	<i>30</i>	18199	REVIVAN	<i>uv</i>	<i>20</i>	16430	GAZE 7,5X7,5	<i>uv</i>	<i>60</i>		BOMBA DE INFUSÃO/FRASCO
1715	ALCOOL IODADO			639	RIFOCINA SPRAY	<i>uv</i>	<i>20</i>	30498	GAZE FURACINADA				CARDIOVERSOR
	ALBOCRESIL			13210	RINGUIER LACT. 1000ml	<i>uv</i>	<i>03</i>	553	LAMINA DE BISTURI Nº 11	<i>uv</i>			COLCHÃO TÉRMICO
	AMINOFILINA				ROCEFIN			555	LAMINA DE BISTURI Nº 15	<i>uv</i>	<i>02</i>		INSTRUMENTAL
	ARAMIN			30313	SEVORANE	<i>ml</i>	<i>50</i>	30191	LAMINA DE BISTURI Nº 20	<i>uv</i>	<i>01</i>		LIPOASPIRADOR
562	ATROPINA	<i>uv</i>	<i>01</i>		SOLU-CORTEF 100mg				LIQUIDO DE DAKIM				MICROSCÓPIO CIRÚRGICO
30549	AZUL DE METILENO	<i>uv</i>	<i>01</i>	30323	SOLU-CORTEF 500mg				LUVALTA				MONITOR CARDIACO
30362	BENJOIN	<i>uv</i>	<i>01</i>	2322	SORO FISIOL. 1000ml				LUVA CIRURGICA Nº 6,5				ÓXIMETRO
186	BICARB. SÓDIO			30221	SORO FISIOL. 125ml	<i>uv</i>			LUVA CIRURGICA Nº 7,0	<i>uv</i>	<i>01</i>		PRESSÃO NÃO INVASIVA
267	BUSCOPAN COMPT.			171	SORO FISIOL. 250ml	<i>uv</i>	<i>02</i>	124	LUVA CIRURGICA Nº 7,5	<i>uv</i>	<i>01</i>		RAIO X PORTÁTIL
208	BRYCANIL			172	SORO FISIOL. 500ml	<i>uv</i>	<i>07</i>	125	LUVA CIRURGICA Nº 8,0	<i>uv</i>	<i>01</i>		VIDEO-LAPAROSCÓPIO
227	CEDLANIDE			12964	SORO G 5% 500ml	<i>uv</i>		128	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	<i>uv</i>	<i>03</i>		
	CIPRO 100ml			30203	SORO FIBICO2000			859	MALLIA TUBULAR METRO				
184	CLORETO DE POTÁSSIO			568	SUPOSITÓRIO VOLTAREN			30352	MICROPORE LARGO	<i>cm</i>	<i>150</i>		
183	CLORETO DE SÓDIO			12621	SYLADOR	<i>uv</i>	<i>01</i>		MICROPORE COR DA PELE				
	CLOREXIDINA AQUOSA				TALSUTIN				PRESERVATIVO				
	CLOREXIDINA DEGERMANT			30397	TRACRILUM	<i>uv</i>	<i>02</i>	113	SCALP Nº				
	CLONIDINA	<i>uv</i>	<i>01</i>		TRANSAMIN			69	SERINGA DESC. 10 ml	<i>uv</i>	<i>01</i>		
165	DECADRÓN	<i>uv</i>	<i>01</i>	30208	TILATIL 40mg			90	SERINGA DESC. 20 ml	<i>uv</i>	<i>02</i>		
1292	DIENPAX 5mg			2177	TILATIL 20mg			68	SERINGA DESC. 5 ml	<i>uv</i>	<i>02</i>		
17481	DIMORF 0,2mg				ULTIVA				SERINGA DESC. 60ml	<i>uv</i>	<i>03</i>		
1296	DIMORF 0,1mg			212	VIOLETA GENCIANA			92	SERINGA DESC. INSULINA				
285	DIPRIVAN 20ml	<i>uv</i>	<i>01</i>	2181	VOLTAREN				SONDA ASPIRAÇÃO Nº				
4265	DIPRIVAN PFS			24122	XYLOCAINA TUB. 2% S/V				SONDA FOLEY Nº 16	<i>uv</i>	<i>01</i>		
871	DIPROSPAN			17252	XYLOCAINA 2% GELEIA				SONDA NASOGAST. Nº				
24131	DOLANTINA			24121	XYLOCAINA TUB. 2% C/V				SONDA URETRAL Nº				
13 08	DORMONID 15mg	<i>uv</i>	<i>01</i>		XYLOCAINA 2% S/V 5ml				STIMUPLUX				
1312	DORMONID 5mg			24096	XYLOCAINA 2% S/V 20ml			724	TAMPÃO OFTÁLMICO				
501	DRAMIN			24106	XYLOCAINA 2% S/V 20ml			725	TAMPÃO VAGINAL				
1451	EFEDRINA				COLÍRIOS				TORNEIRINHA				
	EPITEZAN												
	FASTFEN 50mcg	<i>uv</i>	<i>01</i>										
	FASTFEN 10mcg/2ml	<i>uv</i>	<i>01</i>										
873	FERNEGAN 33												
30332	FENTANIL 37			81	AG. DS CARPULE LONGA				CATG. CROMADO				
30359	FORMOL 10% 31				AG. DS CARPULE CURTA				CATG. CROMADO				
762	FRAXIPARINA 0,3ml				AG. DS HIPOD. Nº 25X7	<i>uv</i>	<i>01</i>		CATG. SIMPLES				
650	GARAMICINA 80mg				AG. DS HIPOD. Nº 40X12	<i>uv</i>	<i>03</i>		CATG. SIMPLES				
	GELAFUNDIM				AG. DS INSULINA 13X4,5	<i>uv</i>	<i>01</i>		ETHIBOND				
	GEL DE PLACA	<i>g</i>	<i>05</i>	36	AGULHA 30X8	<i>uv</i>	<i>01</i>		INSTANT				
	GLICINA 2000ml				AG. DS PERID. Nº				INTERTARATA	<i>uv</i>	<i>01</i>		
1803	GLICOSE			270	AG. RAQUI Nº				LIHQ	<i>uv</i>	<i>01</i>		
	GLUCONATO DE CÁLCIO			231	AT. ALGODÃO ORT. 20cm				CAPROFYL				
	HIDRALAZINA			30316	ALGODÃO / ÁLCOOL BOLA	<i>uv</i>	<i>03</i>		MONOCRYL 40	<i>uv</i>	<i>05</i>		
1560	IRUXOL				AT. DE CREPON 15cm				MONONYLON 20	<i>uv</i>	<i>04</i>		
428	ISOFLURANO			236	AT. DE CREPON 15cm				MONONYLON 30	<i>uv</i>	<i>02</i>		
656	KEFAZOL	<i>uv</i>	<i>01</i>	242	AT. DE GESSADA 10cm				MONONYLON 40	<i>uv</i>	<i>03</i>		
408	LASIX			236	AT. GESSADA 15cm				PROLENE 0	<i>uv</i>	<i>01</i>		
409	LIQUEMINE 0,25ml			243	AT. GESSADA 20cm				SEDA				
768	LIQUEMINE 5ml			689	BOLSA COLETORA URINA	<i>uv</i>	<i>01</i>		SEDA				
313	MANITOL			30233	BOLSA COLOSTOMIA				SURGIGEL				
478	NARCAN				CANETA DE CAUTÉRIO				TELA DE MARLEX				
9332	NAROPIN 10mg				CANULA ENDOTRAQUEAL				TISSUCOL				
19960	NAROPIN 7,5mg				SIMPLES DESC. Nº 360	<i>uv</i>	<i>01</i>		VICRYL 20	<i>uv</i>	<i>01</i>		
24234	NAUSEDRON	<i>uv</i>	<i>01</i>		CANULA ENDOTRAQUEAL				VICRYL				
1571	NEBACETIN 15mg				ARAMADA DESC. Nº				VICRYL non 30	<i>uv</i>	<i>05</i>		
30284	NEOCAINA PESADA 5%			30353	COMPRESSA GRANDE	<i>uv</i>	<i>60</i>						
24091	NEOCAINA 0,5 C/V			943	CONEXÃO 2 VIAS	<i>uv</i>	<i>01</i>		AR-COMPRI-MIDO				
24092	NEOCAINA 0,5 S/V			97	CATETER JELCO 18	<i>uv</i>	<i>01</i>		CO 2				
341	NOVALGINA 2ml	<i>uv</i>	<i>01</i>	97	CATETER JELCO 20	<i>uv</i>	<i>01</i>		OXIGÊNIO				
523	PLASIL			98	CATETER JELCO 22	<i>uv</i>	<i>01</i>		PROTOXIDO				
30327	POVIDINE TÓPICO	<i>ml</i>	<i>30</i>	1069	DRENO PENROSE Nº 1								
30322	POVIDINE DEGERM5	<i>ml</i>	<i>60</i>	1070	DRENO PENROSE Nº 2								

REVISÃO DO GASTO DE SALA

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: *[Redacted]*

OUTROS: *Salk*

GASTOS RECUPERAÇÃO

OXIMETRO - I= F=

OXIGÊNIO - I= F=

AR COMPRI - I= F=

AGULHA-
AGULHA-
SERINGA-
SERINGA-

MEDICAMENTOS -

MATERIAIS-

ASSINATURA -

ANEXO L – RELATÓRIO PRÉ-PÓS OPERATÓRIO (FRENTE)



Casa de Saúde e Maternidade
São Sebastião Ltda.

RELATÓRIO PRÉ-PÓS OPERATÓRIO

ASSISTÊNCIA PRÉ-OPERATÓRIA							
NOME:	[REDACTED]			DATA:	09.01.06		
PESO:	78	ALTURA:	1,70	HORÁRIO:	8:00		
T:	36,2 °C	P:	64 bmp	RF:	20 nrpm	PA:	10-6 MmHg
PRESEÇA DE PRÓTESE	() SIM			(X) NÃO			

CIRURGIA	Abdomem plastia + mama Dr. Henrique						
Informações Relevantes (Alergias, Patologia, Lesões Cutâneas, Medicções que faz uso, etc) E preocupações do paciente							
Alergia à penicilina sem outras patologias							
ALÉRGICO A Penicilina							

PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO			
Atividade	Hs.	Ass.	Área de Tricotomia
() CHECAR JEJUM DE ____ h. APÓS 22:00 h.			
() SOLICITAR TIPAGEM SANGÜÍNEA			
() FAZER TRICOTOMIA - VER ÁREA(S) DELIMITADAS			
() APLICAR FLEET ENEMA			
(X) ORIENTAR E CHECAR BANHO			
() RECONFIRMAR HORÁRIO DE CIRURGIA			
(X) ORIENTAR ESVAZIAMENTO DE BEXIGA			
(X) ADM PRÉ-ANESTÉSICO E COLOCAR AVENTAL			
(X) CHECAR PRONTUÁRIO E EXAMES PRÉ-OPERATÓRIO			
(X) REMOVER PRÓTESE E ENCAMINHAR PAC. AO C. C.	8:00	Jul	

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM TRANSOPERATÓRIA	
<p>POSIÇÃO NO ATO CIRÚRGICO</p> <p>(X) DORSAL (X) VENTRAL () GINECOLÓGICA () LATERAL D () LATERAL E ()</p>	<p>Coxim Placa de Bisturi </p> <p>Eletrodo Incisão cirúrgica Punção Venosa </p> <p>Costas Frente</p> <p>E D D E</p>
<p>SOLUÇÃO ANTISSÉPTICA</p> <p>(X) PVPI. TÓPICO () ÁLCOOL IODADO (X) PVPI. DEGERMANTE () CLOROHEX ALCOÓLICO () C. AQUOSA ()</p>	
<p>EXAME/SERVIÇOS SOLICITADOS NA SALA</p> <p>() ANATOMO-PATOLÓGICO () PATOL. CLÍNICA () RADIOLOGIA () ULTRASSON () HEMOTERAPIA ()</p>	
<p>PACIENTE ENCAMINHADO PARA</p> <p>(X) REPAI () UTI () QUARTO ()</p>	
<p>EXAME/SERVIÇOS SOLICITADOS NA SALA</p> <p>TAMPÃO: () NASAL () VAGINAL () ANAL DRENO: () PENROSE () SUCÇÃO () OUTROS _____</p> <p>SONDA: () NASOGÁSTRICA (X) VESICAL</p>	
<p>POT. CONTAMINAÇÃO: LIMPO = <input checked="" type="checkbox"/> P. CONTA = <input type="checkbox"/> CONTA = <input type="checkbox"/> INFECT. = <input type="checkbox"/></p>	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM TRANS-OPERATÓRIA	
Feito em sala 19 de Repai 1 amp de narsudron decaon. EV as 9:30	

ASSISTIDO POR: Sulke COREN: _____

ANEXO M – RELATÓRIO PRÉ-PÓS OPERATÓRIO (VERSO)

DATA	09-05-07	INÍCIO	8:30	TÉRMINO	
CIRURGIA	Abdomem plastia + mama...				
CIRURGIÃO	Dr. Henrique				
1º AUXILIAR		2º AUXILIAR			
ANESTESIA	geral				
ANESTESISTA	Dr. Eugenio				
CIRCULANTE	Sa				

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO

Horário	16:00	16:15	16:30						0	1	2	
A. Motora	2	2	2						Ativ. Motora	Ausente	Mov. / 2 membros	Mov. / 4 membros
Respiração	2	2	2						Respir.	Apnéia Respiração	Dispneia	Tosse
SAT	97%	98%	98%									
Circulação	2	2	2									
F. C.	86	85	89									
P. A.	120/80	120/80	120/80									
Nível C	2	2	2									
Dor	2	2	2						Consciência	Não responde	Sonolento responde só quando solicitado	Alerta responde bem as perguntas
Asp. Pele	2	2	2						Asp. Pele	Cianose	Palidez Ictericia	Rosado Corado
TOTAL	10	10	10							Alta= Nota 10		

ESCALA DE DOR

0 - Ausente 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 4 - Insuportável

ALTA ANESTESISTA _____

ASA= _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO
1. O ₂ Contínuo	
2. Ringer Lactato 1000ml	
3.	
4.	
5.	

Anestesista: _____

CRM: _____

EVOLUÇÃO DA REPAI

Paciente admitida na repai C.O.C. respondendo bem as perguntas, q axillo reveso ms. e. Jenda flex, malha e piteã com membro suais vitais mantendo -M!!
 Refreiu -M dor durante 1º pós operatório foto diplopica e preferid da puxica!!

ASSISTIDO POR: _____

COREN: _____

ANEXO O – FOLHA DE ADMISSÃO DO PACIENTE NO POSTO DE ENFERMAGEM (PARTE 2)

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: ____ / ____ / ____

PRESCRIÇÃO	EXECUÇÃO
01. Prestar Cuidado de Rotina PO: _____	
02. Verificar Sinais Vitais	10-16-22-06
03. Registrar Queixas de Dor e/ou Desconforto	
04. Estimular Ingesta HÍDRICA / ALIMENTAR	
05. Manter leito em SEMI-FOWLER / TRENDELEMBURG	
06. Manter Membros Inferiores Elevados	
07. Fazer Rodízio para Injeção SUBCUTÂNEA INTRAMUSCULAR	
08. Realizar e/ou Estimular Mudança de Decúbito	DLD 14-20-02-08
	DLE 16-22-04-10
	DD 10-24-06-12
09. Manter Cuidados, Medir e Anotar Drenagem PENROSE / TUBULAR / SUCÇÃO / INCISÃO / SNG	
10. Observar e Anotar Características DIURESE / EVACUAÇÃO / VÔMITO / EXPECTORAÇÃO	
11. Manter cuidados com SONDAGEM VESICAL / CISTOSTOMIA	
12. Manter cuidados com OSTOMA: _____	
13. Controlar Irrigação Contínua cfme Sangramento no 13. Catéter Vesical: ↑ SANGRAMENTO ↑ INFUSÃO ↓ SANGRAMENTO ↓ INFUSÃO	
14. Realizar e Datar Curativo em: _____	
15. Atenção a Sinais e Sintomas de HIPO/HIPERGLICEMIA	
16. Realizar Aspiração ORO / TRAQUEAL	
17. Manter Gelo Local em: _____	
18. Estimular Deambulação a partir das: _____	

Enfermeiro: _____

**ANEXO P – FOLHA DE ADMISSÃO DO PACIENTE NO POSTO DE
ENFERMAGEM (PARTE 3)**

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DATA: 10 / 01 / 07

TURNO MATUTINO

01. - NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: Alerta Sonolento Orientado Desorientado Não Contactuante
Obs.: _____

02. - PADRÃO RESPIRATÓRIO:
Tipo: Espontânea Catéter 02 _____ /min Macronebulização _____ /min
Padrão: Eupnéico Dispnéico Taquipnéico Bradipnéico Sec. Orotraqueal
Obs.: _____

03. - ALIMENTAÇÃO / HIDRATAÇÃO:
 Boa Aceitação NVO SNG SNE Nutrição Enteral
Obs.: _____

04. - ELIMINAÇÃO:
Renal: Controle de Diurese Ausente Espontânea SVD SVA Fralda Vol. e Caract. _____
Gastroint.: Evacuação: Presente Ausente Constipado há _____ dias
 Ostoma Vol. e Caract. _____ Bolsa de Colostomia _____
 Vômitos Vol. e Caract. _____
Drenos: Penrose Tubular Sucção / Vol. e Caract. _____

05. - INTEGRIDADE CUTÂNEA-MUCOSA:
 Íntegra Edema Cianótica Hipocorada Hipotermia Sudorese Hematoma Lesões
 Flebite Ictérica Área de Pressão em _____ Escara em _____

06. - TERAPÊUTICA:
 Eriférica Jugular _____ Subclávia _____ -Data Punção: _____ Nº Catéter _____ Repunção em _____ Sem Fluido

07. - CURATIVOS: Descrição: não manipulados

08. - CUIDADOS DIVERSOS:
 Banho no Leito Banho de Aspersão _____ Deambulou Não Deambulou Alta Hospitalar 7 parli
 Fisioterapia _____
Carimbo e Ass.: _____

HEMODERIVADOS

PLASMA:

HEMÁCIA:

TURNO VESPERTINO

01. - NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: Alerta Sonolento Orientado Desorientado Não Contactuante
Obs.: Quiracis e com algia, medicada com

02. - PADRÃO RESPIRATÓRIO:
Tipo: Espontânea Catéter 02 _____ /min Macronebulização _____ /min
Padrão: Eupnéico Dispnéico Taquipnéico Bradipnéico Sec. Orotraqueal
Obs.: _____

03. - ALIMENTAÇÃO / HIDRATAÇÃO:
 Boa Aceitação NVO SNG SNE Nutrição Enteral
Obs.: Dieta liberada após 18h

04. - ELIMINAÇÃO:
Renal: Controle de Diurese Ausente Espontânea SVD SVA Fralda Vol. e Caract. com bom volume urinário, coloração amarelo escuro.
Gastroint.: Evacuação: Presente Ausente Constipado há _____ dias
 Ostoma Vol. e Caract. _____ Bolsa de Colostomia _____
 Vômitos Vol. e Caract. _____
Drenos: Penrose Tubular Sucção / Vol. e Caract. _____

05. - INTEGRIDADE CUTÂNEA-MUCOSA:
 Íntegra Edema Cianótica Hipocorada Hipotermia Sudorese Hematoma Lesões
 Flebite Ictérica Área de Pressão em _____ Escara em _____

06. - TERAPÊUTICA:
 Eriférica 1/30 Jugular _____ Subclávia _____ -Data Punção: 09/01 Nº Catéter 20 Repunção em _____ Sem Fluido

07. - CURATIVOS: Descrição: Mamas cirúrgicas - todas incisões cirúrgicas contidas no mo- bilizador - sem sinais de sangramento (não manipulada)

08. - CUIDADOS DIVERSOS:
 Banho no Leito Banho de Aspersão _____ Deambulou Não Deambulou Alta Hospitalar Enfª Játiana Jarkina
 Fisioterapia _____
Carimbo e Ass.: _____

TURNO NOTURNO

01. - NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: Alerta Sonolento Orientado Desorientado Não Contactuante
Obs.: Algia algia medicada com

02. - PADRÃO RESPIRATÓRIO:
Tipo: Espontânea Catéter 02 _____ /min Macronebulização _____ /min
Padrão: Eupnéico Dispnéico Taquipnéico Bradipnéico Sec. Orotraqueal
Obs.: _____

03. - ALIMENTAÇÃO / HIDRATAÇÃO:
 Boa Aceitação NVO SNG SNE Nutrição Enteral
Obs.: _____

04. - ELIMINAÇÃO:
Renal: Controle de Diurese Ausente Espontânea SVD SVA Fralda Vol. e Caract. com volume urinário e coloração clara
Gastroint.: Evacuação: Presente Ausente Constipado há _____ dias
 Ostoma Vol. e Caract. _____ Bolsa de Colostomia _____
 Vômitos Vol. e Caract. _____
Drenos: Penrose Tubular Sucção / Vol. e Caract. _____

05. - INTEGRIDADE CUTÂNEA-MUCOSA:
 Íntegra Edema Cianótica Hipocorada Hipotermia Sudorese Hematoma Lesões
 Flebite Ictérica Área de Pressão em _____ Escara em _____

06. - TERAPÊUTICA:
 Eriférica 1/30 Jugular _____ Subclávia _____ -Data Punção: 9/01 Nº Catéter 20 Repunção em _____ Sem Fluido

07. - CURATIVOS: Descrição: Algia algia medicada com

08. - CUIDADOS DIVERSOS:
 Banho no Leito Banho de Aspersão _____ Deambulou Não Deambulou Alta Hospitalar Alexandro Costa de Oliveira
 Fisioterapia _____
Carimbo e Ass.: _____

Enfermeiro
COREN-SC Nº. 88623

ANEXO Q – FOLHA DE ADMISSÃO DO PACIENTE NO POSTO DE ENFERMAGEM (PARTE 4)

ANEXO R – PRESCRIÇÃO MÉDICA



Casa de Saúde e Maternidade
São Sebastião Ltda.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME, PACIENTE:	DATA:	MÉDICO:	REGISTRO:	QUARTO/LEITO:	CONVÊNIO:
[Redacted]	09/01	Henrique		08	
PRESCRIÇÃO			HORÁRIO		
① Bata liquidificada após 18h. ② SF07% 1500uf @ 2/8h ③ ketyl 4g @ 8/8h ④ Prospan 0,3uf @ 2x 17h. ⑤ Apinova 4uf @ 6/6h ⑥ Difenhyd 100uf @ diluido 200uf 8/12h ⑦ Tramyl 50uf @ 8/8h leudo/diluido ⑧ Nurodian 4g @ 8/8h ⑨ Ampyl 100uf @ 1x/24 ⑩ C&V 6/6h + Anem ⑪ Gunk'no nut, mesa ⑫ Jontex favela ⑬ Refinar sonda vesif 26h (Desmora)			ASND I I III 18° 02° 10° 17h 16:00 22° 04° 10° 16:00 06° 18° 02° 12° 18° 02° 10° 06° Rotina / Medic e Orden Não meser Manter 06		

10/01 Alfa Hospital

[Handwritten Signature]
(Desmora)

PRESCRIÇÃO MÉDICA É VÁLIDA POR 24 HORAS

QUANT.	PROCEDIMENTO	QUANT.	MATERIAIS	QUANT.	MATERIAIS	QUANT.	MATERIAIS
	Aspiração Oral		Cateter Intravenoso n°		Equipo de FS		Seringa 10cc
	Aspiração Traqueal		Cateter Intravenoso n°		Equipo BI		Seringa 1cc
	Cateterismo CVA		Agulha 13/4,5		Equipo de Bureta		Seringa 20cc
	Cateterismo CVD		Agulha 25/7		Equipo Simples		Seringa 5cc
	Curativo Grande		Agulha 30/8		Espardrapo		Sonda Aspiração n°
	Curativo Médio		Agulha 40/12		Espátula		Sonda Enteral n°
	Curativo Pequeno	5ml	Alcool 70%		Fita Branca		Sonda Foley n°
	Entubação Traqueal	11	Algodão 2gr		Gases 7,5/7,5		Sonda Nasogastrica n°
	Heparinização de Cateter		Atadura Crepon n°		Gel para E.C.G.		Sonda Retal n°
	Heparinização de Scalp		Atadura Crepon n°		Glicemia Capilar		Sonda Uretral n°
	Macronebulização Com		Bolsa de Colostomia		Intracath Adulto		Tomeirinha 03 vias
	Nebulização		Cadarço Cm		Lâmina de Barbear		Xylocaína 2% Geléia
	Oxigênio Início		Cânula de Traqueostomia		Lâmina de Bisturi		Xylocaína 2% s/v
	Oxigênio Término		Cânula c/ Balão n°		Luva de Procedimento		Xylocaína 2% c/v
	Retirada de Pontos		Cateter de Oxigênio n°		Luva Estéril n°		OUTROS
	Tricotomia		Chumaço		Luva Estéril n°		Tópico PVPI
	Outros Procedimentos		Coletor de Urina SF		Micropore Larga Cm		Degermante PVPI
			Coletor de Urina SA		Micropore Fina Cm		Clorexidina
			Jontex		Polifix 2 vias		SF 125 ml
			Dreno de Penrose		Protetor de Cone		
			Dreno de Látex		Scalp n°		
			Eletrodos		Scalp n°		

ANEXO S – EVOLUÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE

CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE SÃO SEBASTIÃO LTDA

EVOLUÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Nº Registro: _____ Quarto: _____

Médico: _____

Na Internação

Temperatura: _____ Pulso: _____ Respiração: _____ Peso: _____

Data	Evolução Clínica	Médico Responsável (Assin.)
<u>12</u>		
<u>01</u>	CISTOLITOMIA -	
<u>07</u>	5 CÁLCULOS + SOB	
	MAQUÊ ANESTESIA CI	
	PRANEÍSTIC.	

Dr. Ivan Moritz M. da Silva
Urologista
CREMESC 2985

Nilso Rafael da Silva
Médico
CRM/SC 10975

ANEXO T – AVISO DE ALTA HOSPITALAR**AVISO DE ALTA HOSPITALAR**

PACIENTE: _____

APTO: 03 V DATA 21 / 10 / 08 AUTOR: [assinatura]OCORRÊNCIA: ALTA () TRANSFERÊNCIA () ÓBITO () SUSPENSÃOPODERÁ SAIR ÀS: _____ MÉDICO: [assinatura][assinatura]
ASSINATURA PCTE. OU RESPONSÁVEL