



Suzilaine Sbroglio

**Auditoria de Qualidade em Prontuários de
Pacientes/Processos Clínicos no Brasil e em Portugal**

Dissertação realizada no âmbito do Mestrado em Ciência da Informação, orientada
pela Professora Doutora Olivia Pestana e co-orientada pela Mestre Fernanda
Gonçalves.

Faculdade de Engenharia e Faculdade de Letras

Universidade do Porto

Julho de 2013

Auditoria de Qualidade em Prontuários de Pacientes/Processos Clínicos no Brasil e em Portugal

Suzilaine Sbroglia

Dissertação realizada no âmbito do Mestrado em Ciência da Informação, orientada pela Professora Doutora Olivia Pestana e co-orientada pela Mestre Fernanda Gonçalves.

Membros do Júri

Presidente: Doutor António Manuel Lucas Soares
Professor Associado da Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto

Vogal Externo: Doutor José Carlos Nascimento
Professor Auxiliar da Universidade do Minho

Orientador: Doutora Olívia Manuela Marques Pestana
Professor Auxiliar Convidado da Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto

Agradecimentos

À minha família, especialmente meus pais Luiz e Jovenilda, meus irmãos Tanara e Everton e a Helen, pelo apoio e por compreenderem minha ausência tão distante de casa.

A minha orientadora, a Professora Doutora Olivia Pestana e a minha co-orientadora, Dra. Fernanda Gonçalves, pelo apoio e pelo auxílio incansáveis ao longo deste trabalho.

Ao Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina pela possibilidade de fazer este curso e pelo apoio institucional.

Aos profissionais do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago por dividirem comigo seus conhecimentos e pela atenção dispensada aos contínuos e-mails. Especialmente Emily Vivian Valcarenghi, Janini de Oliveira Tavares, Ricardo Nishimura e Antonio Lapa Raulino pela dedicação e ajuda na recolha dos dados no Brasil, sem os quais este trabalho não teria sido possível.

Ao Centro Hospitalar São João pela oportunidade e a todos os profissionais desta instituição que contribuíram e colaboraram com seus conhecimentos na realização deste trabalho.

Aos colegas do MCI e a todos os meus amigos pelo carinho e pelo incentivo.

Ao Michel, por tudo.

A Deus, pela presença constante.

Resumo

A auditoria de qualidade em prontuários de pacientes proposta neste estudo enfoca a qualidade dos registros clínicos produzidos pelas instituições hospitalares, de que forma são realizadas as auditorias e as atividades de gestão da informação. Para além destas questões, destaca-se a qualidade da informação clínica produzida nos hospitais e que sua potencial reutilização depende, em grande parte, da reorganização das funções de gestão da informação clínica e investimentos concretos em políticas de gestão da informação. O trabalho teve como objetivos principais: a) avaliar as práticas de auditoria de qualidade em prontuários de pacientes no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina, no Brasil e no Centro Hospitalar São João (CHSJ), da cidade do Porto, em Portugal e; b) analisar os mecanismos de gestão da informação clínica no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). O método quadripolar orientou a investigação e os principais procedimentos metodológicos foram utilizados foram a revisão da literatura, a análise documental, as entrevistas exploratórias e o mapeamento de processos. A revisão da literatura enfocou três assuntos que fundamentaram a pesquisa: o prontuário do paciente, a gestão da informação clínica e as auditorias. O mapeamento dos processos de produção, acesso e armazenamento dos registros clínicos produzidos nos HU/UFSC permitiu realizar um diagnóstico e comparar com os processos existentes no CHSJ. A análise das práticas de auditoria mostrou quatro aspectos relacionados à qualidade da informação produzida nos hospitais: as funções de auditoria interna, a codificação clínica realizada nos prontuários dos pacientes/processos clínicos, a auditoria de qualidade clínica e a auditoria externa. Observou-se, com relação aos três primeiros, a existência de serviços independentes de auditoria no CHSJ. Destaca-se no CHSJ a ação do Serviço de Gestão da Informação e o papel do gestor da informação do Arquivo Clínico, contribuindo significativamente para a melhoria dos processos de gestão da informação. A identificação dos processos referentes à produção de registros clínicos e as atividades de auditoria nos dois hospitais analisados permitiu identificar aspectos fundamentais que, depois de comparados, embasaram as recomendações propostas ao HU/UFSC com relação a gestão da informação clínica e a auditoria externa.

Palavras-chave: prontuário do paciente; auditoria de qualidade; gestão da informação clínica.

Abstract

The quality audit of patient files proposed in this study focuses on the quality of clinical records produced by hospitals, how audits are carried out and information management activities. Beyond these issues, there is the quality of clinical information produced in hospitals and their reusability depends in large part on the reorganization of the management functions of clinical information and concrete investments in information management policies. The work had as main objectives: a) to evaluate the practices of quality audit of the patient files at the University Hospital Professor Polydoro Ernani de São Thiago of Federal University Santa Catarina, Brazil and São João Hospital Center (CHSJ), city Porto, Portugal, and b) to analyze the mechanisms of clinical management information at University Hospital Professor Polydoro Ernani de São Thiago of Federal University Santa Catarina (HU/UFSC). The quadripolar method guided the research, and major methodological procedures were used were a literature review, analysis of documents, exploratory interviews and process mapping. The literature review focused on three issues that underlie research: the patient files, clinical information management and audits. The mapping of the processes of production, access and storage of clinical records produced in HU/UFSC allowed a diagnosis and compare it with existing processes CHSJ. The analysis of audit practices showed four aspects of the quality of information produced in hospitals: the role of internal audit, the clinic coding performed in patient's medical record/clinical processes, the audit of clinical quality and external audit. It was observed, with the first three, the existence of independent audit services in CHSJ. Stands in the action CHSJ Service Information Management and the role of the manager information of Clinical Archive, contributing significantly to the improvement of management information processes. The identification of the processes related to the production of records and clinical audit activities in the hospitals analyzed identified key aspects that after comparing, embasaram the proposed recommendations to HU UFSC regarding the clinical information management and external audit.

Keywords: patient record; audit quality, clinical management information.

Lista de ilustrações

1	Distribuição de servidores públicos do HU/UFSC por grupo de profissionais	69
2	Organograma geral do HU/UFSC	70
3	Estrutura interna do Serviço de Prontuário do Paciente do HU/UFSC	72
4	Estrutura prevista para o SPP do HU/UFSC proposta pela Direção Geral em 2010	72
5	Tela inicial do sistema de Administração Hospitalar do HU/UFSC	74
6	Diagrama da Admissão e Internação de Pacientes na Emergência do HU/UFSC	76
7	Diagrama do fluxo do prontuário após alta hospitalar do paciente no HU/UFSC	77
8	Consultas agendadas no HU/UFSC	78
9	Cadastro e identificação do paciente no SAH do HU/UFSC	79
10	Movimentação dos prontuários no SAH do HU/UFSC	82
11	Prontuários para Localização pelo Arquivo de Prontuário do Paciente no HU/UFSC	82
12	Diagrama da Codificação da AIH no HU/UFSC	92
13	Diagrama da Separação dos Prontuários para Auditoria Externa no HU/UFSC	94
14	Organograma Geral do CHSJ	96
15	Tipos de auditoria interna identificadas no CHSJ	102
16	Processos de auditoria identificados no HU/UFSC e no CHSJ	111
17	A estrutura dos Serviços de Gestão da Informação Clínica no HU/UFSC e no CHSJ	116
18	Estrutura proposta para o Serviço de Gestão da Informação do HU/UFSC	124
19	Organização do Serviço de Auditoria Interna do HU/UFSC	138

Lista de tabelas

1	Comparação dos Sistemas de Informação Hospitalar de Brasil e Portugal	40
2	Atividades de Auditoria em contexto hospitalar	65
3	Atividades de Admissão e Internação programada de pacientes do HU/UFSC	75
4	Auditoria Interna e Externa no HU/UFSC e no CHSJ	111
5	A Codificação Clínica no HU/UFSC e no CHSJ	114
6	A Qualidade Hospitalar e a Segurança do Paciente no HU/UFSC e no CHSJ	115
7	Os Registros Clínicos no HU/UFSC e no CHSJ	116
8	A Identificação e Admissão do Paciente no HU/UFSC e no CHSJ	117
9	O Acesso a Informação Clínica no HU/UFSC e no CHSJ	118
10	Recomendações para a Gestão da Informação Clínica do HU/UFSC	122
11	Guia de Atividades para os processos de Auditoria Interna do HU/UFSC	139

Lista de abreviaturas e siglas

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AGHU	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
AI	Auditor Interno do CHSJ
AICC	Auditor Interno de Codificação Clínica do CHSJ
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
AUDIN	Auditoria Interna da UFSC
CHSJ	Centro Hospitalar São João
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Internacional de Doenças
CGU	Controladoria Geral da União (Brasil)
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde
DRG	Diagnosis Related Groups
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EHR	Electronic Health Record
EMR	Electronic Medical Record
EPE	Entidade Pública Empresarial
EPR	Electronic Patient Record
GDH	Grupos de Diagnósticos Homogêneos
GIH	Guia de Internação Hospitalar
HU/UFSC	Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Tiago da Universidade Federal de Santa Catarina
HSJ	Hospital São João
IGAS	Inspeção Geral das Actividades em Saúde
IGS	Inspeção-Geral da Saúde
IGSS	Inspeção-Geral dos Serviços de Saúde
MEC	Ministério da Educação/Brasil
MS	Ministério da Saúde
PCE	Processo Clínico Electrónico

PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PRACE	Programa de Reestruturação da Atividade Central do Estado
PREMAC	Plano de Redução e Melhoria da Administração Central
RES	Registro Eletrônico de Saúde
RIS	Rede de Informação para a Saúde
RSE	Registo de Saúde electrónico
SAH	Sistema de Administração Hospitalar do HU/UFSC
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SBIS	Sociedade Brasileira de Informática em Saúde
SES/SC	Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina (Brasil)
SGIC	Serviço de Gestão da Informação Clínica
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (Brasil)
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIH/SUS	Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SINUS	Sistema de Informação para Unidades de Saúde
SISREG	Sistema Nacional de Regulação (Brasil)
SMS	Secretarias Municipais de Saúde (Brasil)
SNA	Sistema Nacional de Auditoria (Brasil)
SNS	Serviço Nacional de Saúde (Portugal)
SONHO	Sistema Integrado de Informação Hospitalar
SPP	Serviço de Prontuário do Paciente
SUS	Sistema Único de Saúde (Brasil)
TCU	Tribunal de Contas da União(Brasil)
TI	Tecnologias de Informação
UAG	Unidades Autônomas de Gestão
USQD	Unidade da Qualidade e Segurança do Doente do CHSJ
UIG-PD	Unidade Integrada de Gestão de Processos Documentais
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

Índice de conteúdo

Lista de ilustrações	12
Lista de tabelas	14
Lista de abreviaturas e siglas.....	16
Introdução	23
1 Motivação e Objetivos do trabalho	23
2 Enquadramento epistemológico	25
3 Estrutura da dissertação	27
1 Método de Investigação.....	29
2 Revisão da Literatura	33
2.1 Gestão da Informação Clínica	33
2.2 Prontuário do Paciente	43
2.2.1 Do papel ao eletrónico.....	46
2.2.2 Qualidade dos registos clínicos	49
2.3 Auditoria Hospitalar e Auditoria da Informação	51
2.3.1 Enquadramento Legal, Normativo e Funcional	57
2.3.1.1 Brasil	57
2.3.1.2 Portugal	61
3 Casos de Estudo	67
3.1 O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Tiago da Universidade Federal de Santa Catarina	67
3.1.1 Contexto Institucional	67
3.1.2 Gestão da Informação Clínica	70
3.1.3 A Auditoria	87
3.1.3.1 A Auditoria Interna	88
3.1.3.2 A Codificação	90
3.1.3.3 A Auditoria Externa	92
3.2 O Centro Hospitalar São João	95
3.2.1 Contexto Institucional.....	95
3.2.2 Gestão da Informação Clínica.....	96
3.2.3 A Auditoria.....	101
3.2.3.1 A Auditoria Interna e Externa	102
3.2.3.2 O Gabinete de Codificação Clínica	104
3.2.3.3 A Unidade da Qualidade e Segurança do Doente	108

3.3 Diferenças e Paralelismos entre o Hospital Brasileiro e o Hospital Português	110
3.3.1 As Práticas de Auditoria	110
3.3.2 A Gestão da Informação Clínica	115
4 Proposta de Organização das Práticas de Gestão da Informação e das Auditorias ao Prontuário do Paciente do HU/UFSC	121
4.1 As Práticas de Gestão da Informação	121
4.2 O Acesso à Informação Clínica	129
4.2.1 Manual de Acesso à Informação Clínica do HU/UFSC.....	130
4.3 A Auditoria	138
Conclusão.....	143
Referências Bibliográficas.....	147
Legislação Citada	153
Anexos	159
Anexo 1 - Especialidades e subespecialidades por clínica de atenção do HU/UFSC..	161
Anexo 2 - Organograma Geral e Organograma das Diretorias do HU/UFSC	164
Anexo 3 - Ordem de Montagem do Prontuário do Paciente do HU/UFSC	168
Anexo 4 - Levantamento das tipologias documentais impressas utilizadas no HU/UFSC	172
Anexo 5 - Formulário de solicitação de prontuários para pesquisas do HU/UFSC ..	179
Anexo 6 - Informações clínicas avaliadas nas auditorias externas	181
Anexo 7 - Organograma Geral do CHSJ	189
Anexo 8 - Serviços Clínicos do CHSJ	191
Anexo 9 - Símbolos utilizados nos diagramas de atividades	193

Introdução

1 Motivação e objetivos do trabalho

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago vinculado a Universidade Federal de Santa Catarina é um hospital universitário cuja atuação se concentra em quatro pilares essenciais à promoção da saúde e desenvolvimento do conhecimento: assistência à população, ensino, pesquisa e extensão. Como hospital escola, a informação clínica produzida adquire vital importância, não só pela continuidade da prestação de cuidados aos pacientes, mas pela integração ao universo científico e acadêmico do qual faz parte.

Nos seus 32 anos de existência os registros clínicos produzidos foram sendo armazenados sem o devido tratamento e muitas vezes de forma inadequada, gerando mais de um espaço físico distribuído pelo hospital além de prontuários em suporte papel muitas vezes desorganizados e com grandes volumes. Com a evolução das tecnologias e com o intuito de diminuir o volume de documentos gerados em suporte papel, a equipe de tecnologia da informação do hospital desenvolveu um sistema conhecido como Sistema de Administração Hospitalar que interliga os diversos setores do hospital. Caracterizado como um sistema de gestão geral das atividades hospitalares nele é possível realizar alguns registros clínicos eletrônicos e, apesar de possuir funcionalidades que permitiriam o uso de prontuário eletrônico, não possui os requisitos de segurança e certificação adequados. O resultado é que mesmo os registros clínicos feitos no sistema precisam, necessariamente, ser impressos e adicionados ao prontuário do paciente. Registra-se, além disso, a existência de atendimentos efetuados em documentos separados do prontuário, os quais também são armazenados em locais distintos. Percebe-se deste modo que a informação produzida, armazenada e posteriormente acessada pode estar dispersa e em suportes diferentes.

Além disso, somente há quatro anos é que foram admitidas duas arquivistas, uma ligada diretamente ao arquivo de prontuários de pacientes e outra à direção geral do hospital, o que demonstra a preocupação da instituição com o tratamento e a preservação da informação clínica e não clínica. O controle no que diz respeito à gestão da informação clínica é precário e muitas vezes se observa, por exemplo, novos formulários surgindo em suporte papel nos prontuários dos pacientes ou mesmo no sistema informatizado, ou um paciente com mais de um prontuário. Há que se ressaltar, no entanto, a colaboração e o desejo de que mudanças aconteçam da parte de outros tantos profissionais para a melhoria dos fluxos dos processos clínicos. O papel do gestor da informação/arquivista do hospital insere-se neste

contexto, que precisa entender e conhecer estes mecanismos, ou seja, o sistema de informação e o contexto de produção, armazenamento e acesso aos registros clínicos.

Neste trabalho a realidade dos mecanismos de produção, acesso e armazenamento dos prontuários de pacientes e dos registros clínicos produzidos no HU/UFSC será comparada a do Centro Hospitalar São João (CHSJ), da cidade do Porto, em Portugal. O CHSJ também é um hospital universitário e uma instituição de referência no atendimento aos pacientes, onde coexistem simultaneamente registros gerados em suporte papel e no prontuário eletrônico, sendo que no ano de 2011 foi realizado neste hospital um estudo sobre a (re)utilização da informação clínica (Gonçalves 2011). Analisar o contexto desses dois hospitais universitários possibilitará entender as conclusões chegadas no CHSJ e seu atual modo de gestão da informação, confrontar com a realidade dos processos funcionais existentes no HU/UFSC e dessa forma propor soluções de melhorias.

Pela característica do HU/UFSC ser um hospital de ensino e totalmente público os atendimentos ofertados são cobrados através do Sistema Único de Saúde (SUS), do Ministério da Saúde. Os custos e os gastos dos atendimentos aos pacientes são mantidos através da cobrança desses atendimentos. Ao delimitar este trabalho para as práticas de auditoria aos prontuários de pacientes/processos clínicos será possível compreender este universo, pois no momento de uma auditoria é preciso que a informação clínica sobre os atendimentos e procedimentos realizados esteja não só organizada, mas disponível de forma ágil, eficaz e transparente. Identificar os fluxos de produção, armazenamento e acesso a estes registros torna-se vital para analisar de que forma estas informações são disponibilizadas aos auditores do Ministério da Saúde. Possibilitará também perceber como melhorar a gestão da informação clínica para atender os usuários internos, profissionais, estudantes e pesquisadores envolvidos no atendimento ao paciente. Conforme os aspectos acima enunciados a problemática apresentada relativamente ao HU/UFSC foi definida como pergunta de investigação: serão as práticas de auditoria aos prontuários de pacientes no Brasil eficazes do ponto de vista da gestão da informação?

Considerando o exposto se delimitou os objetivos gerais e específicos deste trabalho:

Objetivos gerais

- i. Analisar as práticas de auditoria aos prontuários de pacientes/ processos clínicos no Brasil e em Portugal.
- ii. Identificar os mecanismos de produção, armazenamento e acesso aos registros clínicos no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC).

Objetivos específicos e resultados esperados

- i. Identificar os processos funcionais inerentes à produção, armazenamento e acesso dos processos clínicos com particular enfoque para a situação atual e as propostas de melhorias a apresentar para o HU/UFSC.
- ii. Analisar os formulários dos registros clínicos no sentido de propor regras para a organização do prontuário do paciente/processo clínico.
- iii. Comparar as atividades e tarefas inerentes a uma prática de auditoria clínica em contexto hospitalar, confrontando as práticas de auditoria no Brasil e em Portugal.
- iv. Elaborar um conjunto de recomendações para a produção, armazenamento e acesso aos registros clínicos.

Como resultado deste trabalho se espera perceber os fluxos atuais dos procedimentos de gestão da informação clínica e de auditoria aos prontuários de pacientes e trazer contribuições para a melhoria destes processos. Com o prontuário e os fluxos devidamente mapeados e organizados será possível não só melhorar o processo de disponibilização de informações para a auditoria, mas também melhorar a forma como são realizadas as atividades dos profissionais envolvidos com o atendimento ao paciente, bem como atender às diversas necessidades administrativas que implicam a utilização do prontuário.

Espera-se com esse projeto contribuir para a redução do tempo disponibilizado em busca de registros e informações necessárias durante as atividades que envolvam as atividades diárias de atendimento ao paciente; para a redução das eventuais glosas de pagamentos ocasionadas por informações clínicas não encontradas; para antecipar e explorar os benefícios e constrangimentos esperados pelos profissionais do hospital com a introdução do prontuário eletrônico e, em consequência; para preparar a operacionalização de mudanças desejáveis na cultura organizacional. Pretende-se dessa forma demonstrar a importância que as atividades de gestão da informação desempenham no contexto hospitalar e no acompanhamento dos processos de auditoria.

2 Enquadramento epistemológico

Temos visto nos últimos anos as Tecnologias de Informação (TI) evoluindo e inovando a cada dia e, assim, mudando os costumes da sociedade e os modos de trabalho das instituições. Manuel Castells (2002) afirma que vivemos numa época de revolução tecnológica e a sociedade que surge desse processo “é capitalista e também informacional, embora apresente uma variação histórica considerável nos diferentes países, de acordo com sua história, cultura, instituições e relação específica com o capitalismo global e a tecnologia informacional”. Para o autor a época é de um “novo paradigma organizado em torno das

tecnologias de informação” as quais não são somente ferramentas para serem aplicadas nas mais diversas atividades, mas processos que devem ser desenvolvidos.

Nesta nova época, conhecida como “Era da Informação”, é comum ouvirmos as vantagens do poder da informação, mas esse poder “só se concretiza quando existe um acesso real aos meios de recolha, armazenagem, consulta e comunicação da informação” (Lyon 1992). Desse modo, é notável o impacto, as transformações e as mudanças ocorridas nas atividades que utilizam a informação - seja editando, reunindo, armazenando, consultando ou difundindo dados (Lyon 1992) (Malheiro e Ribeiro 2011).

A evolução das TI tem impulsionado transformações nos estudos realizados em informação deixando de lado a abordagem do documento e dos suportes e enfatizando a informação enquanto objeto e processo. Surge, nesse sentido, um novo paradigma da Ciência da Informação, denominado de pós-custodial, informacional e científico (Gonçalves 2011) (Silva e Ribeiro 2002).

De acordo com Malheiro e Ribeiro (2011) neste novo paradigma tem-se o reconhecimento da informação enquanto fenômeno humano e social e, uma mudança de postura epistemológica fundamental: “tem de se passar para a compreensão e a explicação do fenômeno info-comunicacional patente num conjunto sequencial de etapas/momentos intrínsecos à capacidade simbólico-relacional dos seres-humanos – origem, colecta, organização, armazenamento, recuperação, interpretação, transmissão, transformação e utilização da informação”. Para estes autores, a Ciência da Informação que surge desse novo paradigma é um projeto em desenvolvimento, com fraquezas e qualidades, cuja cientificidade está imersa em muitos desafios frente a atual “Era da Informação”.

Este novo paradigma pós custodial, informacional e científico possui influência também na formação dos profissionais da informação, que deixa de ser o técnico, o guardador de documentos e assume outro papel - passa a “estar na linha da frente, isto é, junto da produção da informação, e de ser o gestor e estruturador do fluxo informacional que corre no seio da organização e alimenta o funcionamento e a capacidade decisória da mesma” (Ribeiro 2005).

Surge, portanto, entre os profissionais da informação e documentação um paradigma que traz muitas oportunidades e outros tantos desafios, afeta cada vez mais a formação desses profissionais trazendo profundas e duradouras consequências em vários níveis da sociedade. Um novo modo de ver, de pensar e de atuação profissional está sendo forjado, ao qual não podemos ser indiferentes e que passará a pautar não só o trabalho, mas também a pesquisa na área da Ciência da Informação (Malheiro e Ribeiro 2011).

Nesse sentido, o presente estudo se enquadra na abordagem do atual paradigma da Ciência da Informação, uma vez que aborda os processos de gestão e a qualidade da informação clínica dos hospitais universitários. Deixa-se de avaliar o prontuário do paciente

como mero suporte de guarda de documentos e se valoriza a informação clínica. Ao observar esse novo contexto é vital, também, abandonar a ideia de arquivo como um simples local de guarda dos prontuários e passar a vê-lo como parte do sistema de informação do hospital em que se observam dois fatores essenciais: a estrutura orgânica e a natureza funcional, ou seja, o serviço ou o uso que lhe é próprio e; conseqüentemente, o papel e a importância da gestão da informação hospitalar nesse contexto (Malheiro e Ribeiro 2011) (Silva, Ribeiro e Ramos, et al. 2002) (Gonçalves 2011).

3 Estrutura da dissertação

Este trabalho está estruturado em quatro capítulos além desta introdução e da conclusão. A introdução apresenta a motivação e os objetivos, a pergunta de investigação que motivou o trabalho e a hipótese relacionada, bem como o enquadramento epistemológico deste estudo no atual paradigma da Ciência da Informação.

O capítulo um apresenta o método de investigação que será utilizado, as abordagens metodológicas e as técnicas de recolha de dados.

No capítulo dois apresenta-se a revisão da literatura com particular enfoque para três assuntos que fundamentam a presente pesquisa: a gestão da informação clínica, o prontuário do paciente e a auditoria hospitalar.

O capítulo três é onde se desenvolve o estudo de caso deste trabalho, com a análise dos Hospitais Universitários do Brasil e de Portugal, nomeadamente o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina e o Centro Hospitalar São João, da cidade do Porto. Dois subcapítulos efetuam o diagnóstico de cada um dos hospitais quanto ao contexto institucional, à gestão da informação clínica e as auditorias internas e externas. São exploradas e analisadas de forma detalhada as atividades que envolvem os atuais processos de gestão da informação clínica no HU/UFSC e as práticas de auditoria interna e externa no que diz respeito aos prontuários dos pacientes/processos clínicos no Brasil e em Portugal. Um último subcapítulo identifica as principais diferenças e paralelismos existentes entre o HU/UFSC e o CHSJ quanto às auditorias internas e externas e a gestão da informação clínica com referência a potencialidades e limites de organização existentes relativamente aos prontuários dos pacientes do HU/UFSC e ao papel da gestão da informação neste universo de estudo.

No capítulo quatro é apresentada uma proposta de organização das práticas de gestão da informação clínica e auditoria ao prontuário do paciente para o HU/UFSC com o objetivo de propor melhorias tanto para a auditoria interna e externa como para a gestão da informação clínica. E, finalizando, é apresentada a conclusão do presente estudo, as referências bibliográficas e os anexos.

1 Método de investigação

A fim de orientar este estudo utiliza-se um método de investigação designado por Método Quadripolar, o qual se organiza em torno de quatro pólos ou instâncias metodológicas: pólo epistemológico, pólo teórico, pólo técnico e pólo morfológico. Esta metodologia proposta por P. De Bruyne, J. Herman e M. de De Schoutheete para as Ciências Sociais Aplicadas tem sido utilizada e desenvolvida nas pesquisas em Ciência da Informação por se ajustar ao seu campo de estudo e objeto de investigação. No método quadripolar a investigação não se reduz a procedimentos lineares e etapas sequenciais, mas pela interação que se efetua entre os pólos (Lessard-Hébert, Goyette e Boutin 1990) (Malheiro e Ribeiro 2011).

No pólo epistemológico é onde se constrói o objeto científico e se delimita a problemática da investigação. Nele são considerados os paradigmas e os critérios de cientificidade que orientam a investigação. A investigação deste trabalho se situa no atual paradigma da ciência da informação e na evolução tecnológica.

O pólo teórico orienta a problemática da investigação, a construção de hipóteses e teorias e, conseqüentemente, a confirmação ou não, a validação, das hipóteses e teorias formuladas. O problema da investigação enfoca a auditoria de qualidade nos prontuários de pacientes/processos clínicos com particular atenção para os aspectos relacionados à gestão da informação em hospitais universitários e aos paradigmas atuais informacionais sendo sustentado pela revisão da literatura e pela análise e interpretação das informações coletadas. Na análise dos dados coletados, se necessário, poderá ser utilizado a combinação de métodos quantitativos e qualitativos por permitir uma visão mais ampla da realidade (Coutinho 2011). A hipótese relacionada à pergunta de investigação é que o papel das atividades desempenhadas pela gestão da informação contribui significativamente para a melhoria dos processos hospitalares.

O pólo técnico corresponde às técnicas de recolha de dados. No entanto, antes da definição destas, foram delimitados os termos de pesquisa e quais as bases de dados que seriam consultadas. Assim, num primeiro momento a busca restringiu-se a bases de dados especializadas e com relação ao trabalho: PubMed, PubMed Central, LILACS, SciELO e ScienceDirect. Os termos de pesquisa utilizados nesta fase foram: *medical records*, *patient records*, *clinical records*, *audit*, *auditing*, *paper medical records* e *quality clinical records*. A combinação desses termos permitiu selecionar bibliografia com relação direta ao trabalho de pesquisa. Num segundo momento e conforme a redação da revisão da literatura estava sendo elaborada, foram combinados outros termos que possuíam relação com o assunto abordado: *electronic patient records*, *medical records management*, *medical information*

management, health records, health care, information management, information systems, assessment quality, clinical information management e information audit. Posteriormente, foram ainda utilizadas monografias de referência, dissertações de mestrado além de referências encontradas nos artigos pesquisados. Com relação ao enquadramento legal e normativo se consultou no Brasil as páginas disponíveis na internet do Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Conselho Nacional de Arquivos e em Portugal da Administração Central do Sistema de Saúde, Inspeção Geral das Atividades de Saúde e do Portal da Codificação Clínica e dos GDH.

A coleta de dados no Brasil será no HU/UFSC em Florianópolis e em Portugal no CHSJ, na cidade do Porto. No Brasil, a coleta de dados contou com a participação de servidores previamente contatados que se dispuseram a coletar os dados necessários para o desenvolvimento do trabalho e enviá-los através do correio eletrônico. Além disso, os contatos através de correio eletrônico com chefias de serviços do HU/UFSC como o Serviço Financeiro, Serviço de Prontuário do Paciente e o analista de informática responsável pelo programa do hospital facilitou a recolha de informações extremamente importantes para a contextualização do trabalho. Em Portugal, foi utilizada a entrevista exploratória com o objetivo de conhecer o funcionamento, a organização e o método de trabalho de alguns dos serviços do CHSJ que possuíam relação direta com este trabalho. Além destas, foi utilizada ainda como técnica de coleta de dados, a análise documental e o mapeamento de processos.

Na análise documental utilizaram-se documentos internos e dados estatísticos dos dois hospitais que mostravam o uso da informação clínica. A análise do conteúdo desses documentos permitiu avaliar a estrutura organizacional e a estratégia utilizada na gestão da informação hospitalar.

O mapeamento de processos permitiu perceber os fluxos atuais de produção, armazenamento e acesso da informação clínica produzida no HU/UFSC, identificar os processos funcionais e, conseqüentemente, propor melhorias destas práticas, da organização dos prontuários dos pacientes e do processo de auditoria hospitalar.

Finalmente, no pólo morfológico é onde foram organizados e apresentados os resultados da investigação efetuada.

2 Revisão da literatura

Este trabalho insere-se na área da Ciência da Informação e da Informação de Saúde. Ribeiro (2008) afirma que a Medicina e a Ciência da Informação são duas “áreas científicas muito diversas e distantes, quer quanto aos respectivos objectos e métodos de estudo e de trabalho, quer quanto aos campos de actividade científica e profissional”. Para a autora é preciso perceber as relações entre essas duas áreas e assim perceberemos as lógicas de produção e uso da informação no contexto dos serviços e sistemas ligados a saúde.

É nessa perspectiva que a revisão da literatura deste trabalho se insere quando busca clarear tópicos essenciais de discussão que envolva a informação clínica em contexto hospitalar. Tal como afirma Gonçalves (2011) à pesquisa de situações semelhantes relacionadas ao estudo desta dissertação permite explorar a problemática em questão e perceber contributos valiosos.

Dessa forma, a revisão da literatura realiza-se em torno de três assuntos que fundamentam a presente pesquisa e possibilitarão posteriormente entender a gestão da informação e as auditorias de qualidade aos prontuários de pacientes no contexto dos hospitais universitários: a gestão da informação clínica, o prontuário do paciente e a auditoria hospitalar.

2.1 Gestão da Informação Clínica

A gestão da informação clínica referida neste trabalho procura abordar questões relacionadas à produção, armazenamento e acesso aos registros clínicos produzidos no contexto dos hospitais universitários e perceber estas relações. No entanto, num primeiro momento, é importante clarificar de forma breve alguns conceitos norteadores sobre a Ciência da Informação, tal como afirma a autora acima referida, os quais são indispensáveis para perceber o contexto da informação na área da saúde e que possibilitarão posteriormente compreender a gestão da informação clínica.

Ao longo das últimas décadas a Ciência da Informação evoluiu, se afirmou e consolidou cientificamente como um campo do saber transdisciplinar integrado a disciplinas como a Arquivística, a Biblioteconomia e a Documentação, mas também interdisciplinar pela proximidade com a área das ciências sociais e humanas (Malheiro e Ribeiro 2011) (Ribeiro 2008). Sendo assim, segundo os autores, a Ciência da Informação:

É uma ciência social que investiga os problemas, temas e casos relacionados com o fenómeno info-comunicacional, perceptível e cognoscível através da confirmação ou não das propriedades inerentes à génese do fluxo, organização e comportamento informacional (origem, colecta, organização, armazenamento, recuperação, interpretação, transmissão, transformação e uso da informação). E, desta definição, é possível realçar três importantes áreas específicas de investigação da CI: a) a produção de informação em qualquer contexto; b) as formas e estratégias funcionais de organização da informação/documentação desde logo pelos seus produtores; e c) as complexas questões relacionadas com o fluxo e o uso da informação, ou o comportamento humano e social na mediação e na busca/uso da informação necessária (Malheiro e Ribeiro 2009).

Como objeto de estudo e trabalho da Ciência da Informação (Ribeiro 2008), a informação é “um conjunto estruturado de representações mentais codificadas (símbolos significantes) socialmente contextualizadas e passíveis de serem registradas num qualquer suporte material (papel, filme, banda magnética, disco compacto, etc.) e, portanto, comunicadas de forma assíncrona e multi-direccionada” (Silva e Ribeiro 2002).

A informação de saúde pode ser vista de formas diferentes e muitas vezes o que direciona a definição é o uso da informação. Um órgão governamental, por exemplo, pode ter uma definição diferente da que é utilizada por um hospital ou consultório médico (Wager, Lee e Glaser 2009). Conforme estes autores a informação de saúde:

- É qualquer informação, oral ou gravada, em qualquer forma e meio que é criada ou recebida por um prestador de cuidados de saúde, plano de saúde, autoridade de saúde pública, seguradoras, escola ou universidade e possua relação com a saúde física e mental e a prestação de cuidados de um indivíduo;
- Deve ser uma informação protegida, ou seja, identificável: a identidade do paciente deve ser conhecida e as informações devem possuir uma perspectiva individual do paciente;
- Compreende todos os dados e informações criadas, mantidas, manipuladas, armazenadas e utilizadas pelas organizações de saúde. Tanto as internas, clínicas e administrativas, relacionadas com as atividades de atendimento ao paciente como as externas, as que são criadas pelos que não fazem parte da instituição como, por exemplo, as informações contidas em uma revista profissional de saúde, as bases de dados regionais ou nacionais e os sites informativos;

Os registros e informações de saúde são produzidos e utilizados tanto pela equipe de profissionais envolvidos com o atendimento direto aos pacientes como pelos responsáveis por tarefas administrativas, de faturamento das contas hospitalares, da codificação, da gestão hospitalar e dos envolvidos com as atividades de organização, armazenamento, preservação e acesso aos prontuários dos pacientes. O atendimento ao paciente envolve muitas pessoas que precisam de informações precisas e oportunas. Se estas se encontram incompletas, incorretas e não estão disponíveis de forma adequada os riscos de erros na gestão e nos custos

hospitalares aumentam, bem como influencia na qualidade do atendimento ao paciente. A qualidade da prestação de cuidados ao paciente, da gestão hospitalar e da gestão financeira depende, muitas vezes, da disponibilidade da informação (Wager, Lee e Glaser 2009) (Haux, et al. 2004).

O volume crescente de informações produzidas no contexto hospitalar implica compreender os processos de produção dessas informações e encontrar formas para seu tratamento, ou seja, gerir a informação produzida. Segundo Malheiro e Ribeiro (2009) “gerir informação significa lidar, administrar, encontrar soluções práticas e compreende um conjunto diversificado de actividades, a saber: produção, tratamento, registro e guarda, comunicação e uso da informação”. Para os autores quando existe excesso de informação é preciso “formas inteligentes e eficientes de tratamento que localizem, permitam identificar e rentabilizem ao máximo o uso de acordo com todo o potencial e especificidade psicológica do receptor/utilizador humano”.

A gestão da informação nos hospitais envolve todas as atividades que lidam com a gestão do processamento da informação¹ e, portanto, do sistema de informação hospitalar. O principal objetivo é contribuir para que o hospital alcance os objetivos estratégicos traçados (como uma eficiente assistência ao paciente e uma alta satisfação tanto dos pacientes como dos funcionários) além de desempenhar um papel vital na garantia da prestação de cuidados de saúde dos pacientes, estando ao nível de responsabilidade dos recursos materiais, humanos e financeiros, por exemplo. As tarefas gerais da gestão da informação consistem em planejar o sistema de informação hospitalar e sua arquitetura, dirigir a instituição e acompanhar seu funcionamento e monitorar o desenvolvimento e funcionamento das atividades em relação ao que foi previsto nos objetivos (Haux, et al. 2004) (Wager, Lee e Glaser 2009).

Silva, Ribeiro e Ramos, et al. (2002) ao analisar o conceito de sistema de informação sob o ponto de vista sistêmico e do estudo do processo informacional, ou seja, da ciência da informação colocam que:

Quando falamos em sistema de informação não nos cingimos apenas aos procedimentos técnicos aplicados a recolha, classificação, ordenação, transferência e difusão da informação geral e científica. Vamos um pouco mais além, considerando uma realidade mais ampla, que abarca o que fica a montante, nas margens e por baixo de tais procedimentos, ou seja, a estrutura e os agentes que geram, manipulam e controlam a informação.

¹ Conforme Haux, et.al. (2004) informação é o conhecimento específico sobre entidades como fatos, eventos, coisas, pessoas, processos, idéias ou conceitos enquanto que conhecimento é a informação geral sobre os conceitos de determinado domínio (por exemplo, conhecimento científico ou profissional sobre doenças, métodos terapêuticos). Segundo o autor, processamento da informação, portanto, se refere ao processamento de dados, informações e conhecimento.

De acordo com Haux, et al. (2004) um sistema de informação é a parte de uma empresa ou instituição que processa e armazena dados, informações e conhecimento, entendendo-se sistema como um conjunto de pessoas ou eventos que formam uma entidade. Para Wager, Lee e Glaser (2009) um sistema de informação é um conjunto de informações, processos, pessoas e tecnologia da informação que interagem entre si para coletar, processar, armazenar e fornecer a informação necessária à instituição nos cuidados de saúde.

Um sistema de informação de saúde inclui sistemas administrativos e clínicos. Os sistemas de informação administrativos são utilizados para apoiar funções de gerenciamento e operações gerais de organização nas instituições de saúde. Os sistemas de informação clínica são normalmente utilizados pelos médicos e outros profissionais da saúde para diagnosticar, tratar e gerir os cuidados do paciente (Wager, Lee e Glaser 2009). Já um sistema de informação hospitalar (SIH) é considerado um subsistema sócio-técnico² de um hospital que abrange todas as funções do processamento de informações e os atores humanos e técnicos com seus respectivos papéis no processamento destas informações (Haux, et al. 2004). Para o autor, ao planejar um SIH alguns aspectos importantes devem ser observados tais como:

- Toda a equipe de pessoal e todas as áreas do hospital devem ser analisadas e envolvidas no planejamento;
- O principal questionamento não é se o hospital deve ser equipado com um SIH, mas como seu desempenho pode ser melhorado;
- É preciso atenção especial a componentes importantes do SIH como a descrição das funções e atividades da instituição; a descrição dos processos de negócios que ocorrem e; os componentes do aplicativo que darão suporte as funções do hospital e podem ser apoiados ou em aplicações informáticas ou baseadas em papel;
- O SIH deve permitir a execução adequada das funções hospitalares no atendimento ao paciente, considerando-se a gestão econômica e financeira, os requisitos legais (proteção de dados e faturamento, por exemplo) e administrativos (decisão de um conselho executivo do hospital sobre como armazenar os registros dos pacientes, por exemplo);
- A informação relacionada com o atendimento aos pacientes e o conhecimento adquirido deve ser corretamente coletada, armazenada, processada, sistematicamente documentada e deve estar disponível no momento em que for necessária.

² Um sistema ou subsistema pode ser chamado de sócio-técnico quando possui componentes humanos e técnicos. "Sócio" refere-se às pessoas envolvidas no processamento das informações (profissionais de saúde, pessoal administrativo, informáticos), enquanto "Técnico" refere-se a ferramentas de processamento de informação (computadores, telefones, registros de pacientes) (Haux, et al. 2004).

- Questões técnicas e legais fundamentais devem ser resolvidas antes da implantação de qualquer sistema tais como: a cooperação de todos os profissionais de saúde da instituição, os processos devem ser cuidadosamente definidos e se necessário redesenhados, as questões contábeis e financeiras devem estar reguladas, questões sobre a segurança e a confidencialidade dos dados devem ser respondidas, bem como os meios e técnicas de armazenamento e acesso a longo prazo dos registros dos pacientes.

A gestão e utilização da informação e do conhecimento constituem o cerne das atividades profissionais e do processo decisório na prática de saúde (Massad, Marin e Azevedo Neto 2003). Tomar decisões para a gestão da informação médica implica uma perspectiva ampla do sistema de saúde e uma abordagem multidisciplinar com os diferentes profissionais envolvidos na produção, acesso e armazenamento dos registros de saúde. Nesse sentido o prontuário do paciente deve refletir o atendimento que um paciente recebe e implica que as atividades que envolvam a admissão do paciente, seu tratamento e retornos posteriores façam parte de todo o sistema de informação do hospital, incluindo-se o arquivo clínico como parte integrada deste sistema e não como unidade isolada. (Gonçalves e David 2011).

Para Stumpf e Freitas (1997) “o prontuário de pacientes é o documento básico de um hospital, e permeia toda a sua atividade assistencial, de pesquisa e ensino e atividade administrativa” sendo considerado o “elemento de comunicação entre os vários setores do hospital e entre os diferentes atores envolvidos, e depositário de um conjunto muito grande e rico de informações, capazes de gerar conhecimento”. De acordo com os autores o prontuário do paciente é a principal base de dados a partir dos quais são construídos os sistemas de informações de um hospital, além de ser o responsável para suprir todas as necessidades que seus usuários necessitem nas mais diversas atividades. Necessidades que vão desde o apoio à equipe médica, suporte aos pesquisadores e professores até o apoio as tarefas administrativas como, por exemplo, o faturamento das contas hospitalares. Além de essencial que as informações contidas nos prontuários tenham um alto nível de qualidade é preciso que sejam armazenadas de forma adequada e fáceis de ser recuperadas. Para eles estas são questões que permeiam a gestão da informação dos prontuários de pacientes, fundamentais para a discussão de sistemas de informações em ambiente hospitalar.

É importante ressaltar que, embora o estudo desenvolvido por Stumpf e Freitas tenha 15 anos, ele foi o ponto de partida de um importante projeto para a definição dos elementos essenciais que o prontuário deveria conter e posterior implantação do prontuário eletrônico do paciente (PEP) no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Rio Grande do Sul, Brasil). Foram definidos requisitos essenciais de informações para atender os diversos grupos de usuários

no referido hospital servindo como base para o desenvolvimento do PEP e de aspectos relacionados à gestão da informação clínica dos prontuários de pacientes. O sucesso na implementação do prontuário eletrônico e no modelo de gestão deste hospital foi utilizado como modelo para o desenvolvimento de uma iniciativa brasileira, a nível nacional, que pretende padronizar a gestão dos hospitais universitários do país: o projeto AGHU (Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários). Este projeto é desenvolvido pelo Ministério da Educação/Brasil (MEC) e possui como objetivos “padronizar práticas assistenciais e administrativas em todos os 46 hospitais universitários de sua rede”. Para o MEC a utilização deste aplicativo proporcionará aos hospitais aprimorar “seus processos de atendimento, estendendo aos pacientes de todo o país inúmeras facilidades, como o prontuário eletrônico e todos os benefícios a ele relacionados. Além disso, com o AGHU o MEC passará a dispor de indicadores padronizados entre todos os integrantes da rede, o que facilitará a implantação de melhorias e a divulgação transparente de dados para o público” (HCPA 2012).

Com o projeto AGHU será possível informatizar os processos clínicos de atendimento ao paciente; padronizar sistemas e aplicativos de gestão; propor mudanças de processos, buscando a descentralização das informações e; transformar dados em informações. O resultado esperado é trazer benefícios nos processos de gestão hospitalar com a flexibilidade de ser adaptado à realidade de cada instituição e atender às normas do SUS; buscar a rapidez e a facilidade no registro e na consulta dos prontuários dos pacientes e; aumentar a segurança do paciente, através do acesso facilitado às informações no prontuário on-line (HU, UFSC 2012).

Nesse contexto o projeto irá beneficiar muitos hospitais universitários. Desde os que possuem seus próprios sistemas informatizados de gestão, os que são baseados unicamente nos prontuários em suporte papel até os que usam somente os sistemas de abrangência nacional. Estes últimos são desenvolvidos pelos governos federais e através deles são registrados os procedimentos realizados no atendimento aos pacientes, a codificação e onde é processado o faturamento hospitalar. Segundo Almeida (Cit. por Pinto 2010) os sistemas de informação nacionais padronizaram “a coleta, o tratamento e a disseminação dos dados, dotando o país de informações mais confiáveis, comparáveis e ágeis”. Nesse sentido, tendo em conta a proposta deste estudo, a tabela um compara os Sistemas de Informação Hospitalar mais utilizados no Brasil e em Portugal.

Destaca-se que em Portugal, dos aplicativos utilizados, o Programa Auditor é utilizado nas auditorias internas; o WebGDH, é uma aplicação que funciona em ambiente web e possibilita identificar o paciente, as intervenções cirúrgicas e os serviços auxiliares; o SONHO é utilizado pela maioria dos hospitais portugueses - controla o fluxo dos pacientes nos hospitais do SNS e normaliza os procedimentos administrativos associados a prestação do

cuidado da saúde. Abrange várias áreas do hospital, podendo englobar novos módulos, interagir com outros aplicativos e permite comunicação e partilha de informações através da RIS. O SAM (Sistema de Apoio ao Médico) informatizou a atividade profissionais da saúde, pode ser utilizado para implementar o prontuário eletrônico, permite a interligação com outros aplicativos e; permite o registro de consultas, internamentos, urgências, prescrição de exames e medicamentos, marcação de consultas, elaboração e impressão de relatórios, entre outros (Pinto 2010) (Portugal 2012b).

O Modelo de financiamento hospitalar português é baseado dentre outros nos *Diagnosis Related Groups* (DRGs)³ e o orçamento calculado com base na produção, mas a informação clínica possui um valor maior. A qualidade da informação gerada pelos sistemas é assegurada através de auditorias internas e externas (Pinto 2010) (Portugal 2012b).

No Brasil, o sistema é mais amplo e inclui internações domiciliares e de pacientes psiquiátricos e crônicos. O SIH/SUS possui vários módulos que abrangem desde os hospitais, secretarias municipais de saúde e Ministério da Saúde; registra as hospitalizações realizadas em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, além de fornecer dados sobre o paciente, a internação, a unidade de saúde e os recursos financeiros envolvidos. A AIH é o principal documento do SIH/SUS e por onde é feita a cobrança da conta de internação do paciente; é um resumo da internação hospitalar e possui validade de quatro meses para a primeira apresentação e seis meses se for apresentada e rejeitada após a alta do paciente. O módulo autorizador do SIH/SUS possibilita o controle da numeração das AIH, o cadastro de autorizadores, além da execução de algumas críticas de compatibilidade entre os procedimentos solicitados e autorizados com o diagnóstico principal, a faixa etária e o sexo (Pinto 2010).

A APAC, sigla para designar Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade, é um aplicativo utilizado para a cobrança de procedimentos de alto custo realizados pelos hospitais como os de oncologia, terapia renal substitutiva, acompanhamento pós-transplantes, medicamentos excepcionais com custo elevado, tomografia computadorizada, entre outros. O financiamento hospitalar é somente das internações públicas e o sistema de pagamento é fixo por procedimentos reembolsáveis aos hospitais. Como o foco é a internação e não o paciente, cada episódio de internação gera um novo registro no sistema. É possível identificar as reinternações e transferências do mesmo paciente nos níveis local, regional e nacional, mas não a nível nacional. Quanto à informação clínica captada pelo SIH, a

³ Em Portugal os DRGs são chamados de GDH (Grupos de Diagnósticos Homogêneos). Os GDH “são um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos que agrupa doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos. Corresponde à tradução portuguesa para *Diagnosis Related Groups* (DRG). Permite definir operacionalmente os produtos de um hospital, que mais não são que o conjunto de bens e serviços que cada doente recebe em função das suas necessidades e da patologia que o levou ao internamento e como parte do processo de tratamento definido” (Portugal 2012a).

comunidade científica brasileira considera que é de baixa qualidade (Brasil 1998) (Brasil 2005) (Pinto 2010).

Tabela 1: Comparação dos Sistemas de Informação Hospitalar de Brasil e Portugal

Comparação dos Sistemas de Informação Hospitalares de Brasil e Portugal		
	Brasil	Portugal
Principais sistemas utilizados	• Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) • Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) • Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) • Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) • AIH (Autorização de Internação Hospitalar) • Módulo autorizador, de uso não obrigatório, para os emissores de APAC e AIH	• Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO) • Sistema de Informação para Unidades de Saúde (SINUS) • Cartão do Utente do SNS • Sistema de Apoio ao Médico (SAM): • Aplicativo Auditor • Aplicativo WebGDH • Infraestrutura de comunicações através da Rede de Informação para a Saúde (RIS). • Sistema Integrado de Gestão de Listas de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC): suporta todo o processo de gestão de pacientes com cirurgia programada desde a inscrição na lista até a conclusão do processo.
Principais características dos sistemas	• Classificação é feita por procedimentos. • Abrange todas as unidades hospitalares no âmbito do SUS.	• Classificação de pacientes utilizando o AP-DRG . • SIH português abrange os hospitais de agudos nas linhas de produção de internação, cirurgia de ambatório e ambatórios médicos.
Informação captada pelos sistemas	• Informação administrativa e clínica. • Sistema voltado para a informatização do pagamento das internações hospitalares e o controle de fraudes. • As consultas às informações coletadas são disponibilizadas em página na internet.	• Informação administrativa e clínica coletada a partir de um conjunto Mínimo de Dados (CMDDB). • Sistema tem como um dos objetivos captar informação de saúde. • Relatórios de retorno do MS aos hospitais com informações sobre a produção anual. • Relatórios de informações coletadas disponíveis em página na internet.
Informação clínica	• Sistema de codificação usa o CID-10 e uma tabela de procedimentos. • Prontuários com inconsistências e falta de clareza nos registros.	• Sistema de codificação utiliza o CID-9-MC. • Prontuários com inconsistências e falta de clareza nos registros

Fonte: Adaptado de Sistemas de Informações Hospitalares de Brasil, Espanha e Portugal - semelhanças e diferenças. Rosana Pinto, 2010.

No que diz respeito às aplicações desenvolvidas pelos sistemas informáticos dos hospitais para determinados setores ou departamentos, embora tenham o intuito de facilitar a gestão hospitalar e o atendimento aos pacientes muitas acabam por gerar registros que ou ficam armazenados nestas aplicações e não são integrados ao prontuário do paciente ou são impressos e adicionados ao prontuário em suporte papel. Gonçalves e David (2011) consideram que alguns hospitais têm adotado aplicações departamentais e posteriormente o registro eletrônico do paciente para apoiar as necessidades dos pacientes, dos profissionais e

das instituições de saúde, mas sem uma estratégia integrada para a gestão da informação e este fato dificulta o acesso a informação médica.

Registros em suporte papel e eletrônicos são encontrados em muitos hospitais de ensino e refletem como é desenvolvida a gestão da informação clínica. Quando a gestão de prontuários de pacientes é feita somente suporte papel alguns dos problemas frequentemente encontrados é que esses prontuários com o tempo acabam por possuir grandes volumes e muitas vezes os registros clínicos não estão no prontuário. Além disso, muitas vezes o profissional acaba por atender o paciente sem o prontuário por este estar em outros locais do hospital ou não ter sido encontrado (Waterson, Glenn e Eason 2012). A desorganização e a falta de ordem dos documentos nos prontuários, a fragilidade do sigilo das informações pelo prontuário estar exposto em locais onde há grande circulação de pessoas, formulários não padronizados, registros incoerentes e sem padronização são outras das dificuldades frequentemente mencionadas (Silva, et al. 2011).

A implantação de um sistema com prontuário totalmente eletrônico, porém, é lenta e geralmente ocorrem atrasos, o que leva a necessidade de organização de um sistema de gestão baseado nos registros em suporte papel. O processamento dos registros eletrônicos pode ser feito de forma gradual, deixando espaço para que a organização se acostume com as novas formas de trabalhar (Waterson, Glenn e Eason 2012) (Mikkelsen e Aasly 2001). No entanto, a estratégia de manter dois tipos de registros de forma paralela, em papel e eletrônico, corre o risco de se tornar inconsistente, ou seja, pode ocorrer que as informações clínicas de um paciente estejam num suporte e não em outro ou mesmo de estar nos dois e causar diferenças significativas nos registros. A inconsistência pode gerar desconfiância no uso do sistema além da necessidade dos usuários de consultar várias fontes de informação, causando frustrações e atrasos nos atendimentos (Mikkelsen e Aasly 2001).

A duplicação e a dispersão dos registros clínicos constituem uma ameaça à prestação de cuidados do paciente, acarretam custos financeiros adicionais e constrangimentos funcionais a todo o sistema de informação (Gonçalves 2011). Conforme a autora isso “apenas poderá ser alterado com o investimento na elaboração e implementação de políticas de gestão da informação clínica e planos de preservação digital para os hospitais” com as quais será possível determinar, por exemplo, “o que pode ou não ser impresso em formato papel ou mesmo manuscrito”. O sucesso na implantação de registros de saúde eletrônicos ou de qualquer tecnologia de informação em saúde depende, dentre outros componentes, do estabelecimento de metas claras e do que é esperado com a implantação destas tecnologias (Salzberg, et al. 2012).

Implantar um sistema de prontuário eletrônico num hospital que possui seus próprios sistemas informáticos para alguns tipos de registros clínicos precisa atenção especial a algumas questões. Embora os sistemas atuais sejam desenvolvidos cada vez mais de acordo

com normas que permitem a partilha e o tratamento dos dados, a interoperabilidade e as informações dos sistemas locais precisam estar disponíveis e acessíveis (Waterson, Glenn e Eason 2012).

A interoperabilidade permite compartilhar dados, informações e recursos entre sistemas, instituições de saúde, prestadores de serviço ou regiões e, apesar de prometer vantagens econômicas e possibilitar a melhoria na qualidade do atendimento ao paciente ainda continua a ser uma questão de grande complexidade, principalmente quando a questão é quais dados e informações compartilhar (Ribeiro, Cruz Correia e Cunha 2010) (Salzberg, et al. 2012).

Em Portugal, um estudo foi realizado com os hospitais da região norte de Portugal para avaliar a heterogeneidade e a interoperabilidade existente nos sistemas de informação e com o objetivo de prever possíveis dificuldades de integração na criação de um registro de pacientes regional ou mesmo nacional. Os entrevistados nos hospitais acreditam que a interoperabilidade é um grande problema para os sistemas de informação no futuro, assim como apontam a necessidade de haver uma regulamentação e uma certificação dos softwares utilizados. O estudo aponta para uma grande multiplicidade de sistemas nos hospitais diretamente relacionados ao tamanho dos mesmos e os resultados de integração dos registros são geralmente pobres, relacionados aos dados de apresentação dos registros. (Ribeiro, Cruz Correia e Cunha 2010).

Mudanças práticas nos fluxos de trabalho surgem na implantação de um prontuário eletrônico totalmente eletrônico ou na implantação gradual, com suportes paralelos. Geralmente nesses casos as informações dos registros clínicos são geradas por usuários acostumados a lidar com registros totalmente em papel ou a utilizar sistemas de seus próprios departamentos. Trabalhar com um novo sistema de gestão, com o prontuário eletrônico totalmente informatizado pode ser muito difícil e, para alguns, na maioria das vezes improvável, adquirindo importância às capacitações e orientações periódicas (Waterson, Glenn e Eason 2012). Além do treinamento e do suporte periódico, a implementação de novas tecnologias requer atenção a uma série de outros fatores que se inter-relacionam como pesquisar e testar modelos teóricos, ajustar as prioridades e os processos organizacionais da instituição, envolver os usuários do sistema e possuir uma liderança eficaz da instituição são fatores particularmente importantes (Cresswell e Aziz 2012).

Implantar sistemas de prontuário eletrônico de pacientes pode requerer, num primeiro momento, o uso de sistemas paralelos temporariamente. Esta pode ser a estratégia para evitar problemas organizacionais e garantir prontuários de pacientes disponíveis durante o processo de implementação. No entanto, para evitar problemas de inconsistência e falta de registros dos atendimentos aos pacientes, o uso de sistemas de prontuário eletrônico

de paciente em simultâneo com prontuários em suporte papel deve ser cuidadoso, para garantir a integridade e a exatidão das informações nas duas versões, além de avaliações periódicas da qualidade dos registros (Mikkelsen e Aasly 2001).

A dispersão das informações médicas do paciente encontradas em suporte papel e eletrônico, o armazenamento em vários formatos e a ausência de uma política formal que assegure a conservação a longo prazo desses registros são desafios para a gestão de dados clínicos de um hospital (Gonçalves e David 2011). Para os autores, estas restrições serão superadas com uma estratégia multidisciplinar que combine o conhecimento de vários profissionais, para desenvolver e implementar uma política de informação interna que leve em conta o modelo de gestão da informação da instituição, baseado principalmente nos processos funcionais e na infraestrutura possibilitando, dessa forma, analisar, mapear e auditar as atividades e os circuitos da informação.

2.2 Prontuário do Paciente

No Brasil o prontuário do paciente também é conhecido por prontuário médico e registro médico; em Portugal processo clínico. De modo a simplificar os termos e o entendimento deste trabalho optou-se pelo uso da terminologia prontuário do paciente. Este reúne “informações sobre o paciente, os exames médicos realizados e as condutas adotadas pelos profissionais de saúde” (Pavão, et al. 2011). Caracteriza-se por conter um conjunto de informações geradas por qualquer profissional envolvido no atendimento ao paciente tanto a nível ambulatorial como de internação (Stumpf e Freitas 1997), além de ser “um elemento crucial no atendimento à saúde dos indivíduos, devendo reunir a informação necessária para garantir a continuidade dos tratamentos prestados ao cliente/paciente” (Massad, Marin e Azevedo Neto 2003). Para Slee, Slee e Schmidt (Cit. por Massad, Marin e Azevedo Neto 2003) o prontuário do paciente foi desenvolvido por médicos e enfermeiros para garantir que estes se lembrassem dos fatos e eventos clínicos de cada indivíduo e para que outros profissionais envolvidos nos atendimentos pudessem ter acesso às mesmas informações.

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) através da Resolução nº 1.638/2002, de 10 de Julho, publicada no Diário Oficial da União em 9 de agosto, define prontuário médico e torna obrigatória a criação das comissões de revisão de prontuários nas instituições de saúde, além de determinar a quem cabe a responsabilidade pelos prontuários. Para o CFM prontuário médico é “o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”. Cabe ressaltar a importância para as

instituições de saúde da comissão de revisão de prontuários que possui dentre outras as competências de: “observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel; 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”.

Em Portugal, a Lei nº 12/2005 publicada em 26 de janeiro no Diário da República define o conceito de informação de saúde e de informação genética e no artigo 5º informação médica e processo clínico. A informação de saúde “abrange todo o tipo de informação directa ou indirectamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, quer se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar” e inclui todos os dados clínicos registrados nos processos clínicos. Já a informação médica diz respeito “a informação de saúde destinada a ser utilizada em prestações de cuidados ou tratamentos de saúde” enquanto que processo clínico é entendido como “qualquer registo, informatizado ou não, que contenha informação de saúde sobre doentes ou seus familiares”. A lei prevê que o processo clínico deve conter toda a informação médica que diga respeito à pessoa em questão, inscrita pelo médico ou outro profissional responsável pelo atendimento, resguardado o dever do sigilo bem como orientações quanto ao acesso e consulta.

No Brasil, o prontuário do paciente está sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente e a Resolução nº 1.821/2007 do CFM, de 23 de Novembro, estabelece a guarda permanente para os prontuários dos pacientes armazenados eletronicamente, digitalizados ou microfilmados e para os que estão em suporte papel que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado o prazo mínimo de 20 anos a contar do último registro. Quanto ao conteúdo é considerado obrigatório independente do tipo de suporte: a identificação e anamnese do paciente; a ficha de evolução e prescrição diária de todos os profissionais envolvidos no atendimento ao paciente; a ficha de consulta de enfermagem; o registro diário de sinais vitais; os exames complementares e seus resultados; o resumo de alta; a ficha de descrição do ato cirúrgico; a ficha de descrição do ato anestésico; o partograma e ficha do recém-nascido; a folha de débito do centro cirúrgico (gastos de sala); a prescrição dietoterápica assinada e carimbada pelo nutricionista e; a cópia do espelho da AIH (Autorização de Internação Hospitalar). Além disso, todos os registros devem ser preenchidos em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro ou carimbo do profissional; o nome do paciente deve estar em todas as folhas do prontuário; todos os atendimentos ambulatoriais e de urgência devem ser registrados no prontuário; nos prontuários em suporte papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente e; nos casos emergenciais onde não seja possível coletar a história clínica do paciente deve constar o relato médico de todos os procedimentos realizados (Brasil 2009) (Brasil 2005) (Brasil 2012) (Brasil 2002).

Observa-se no Brasil que além das resoluções do CFM acima mencionadas não há uma regulamentação arquivística específica para os hospitais que considere outras tipologias informacionais além das que integram o prontuário do paciente. Registra-se, no entanto, uma regulamentação de âmbito mais geral, com a Lei nº 8.159/1991, de 8 de janeiro, que dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados; o acesso a informação pública regulado pela Lei nº 12.557/2011, de 18 de novembro e; a Lei nº 12.682/2012, de 09 de julho que regula a elaboração e o arquivamento de documentos em meios eletromagnéticos. Cabe ressaltar ainda, a atuação do Conselho Nacional de Arquivos⁴ na normatização arquivística no Brasil, destacando-se a Resolução nº 22 de 30 de junho de 2005 que dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde; a Resolução nº 31 de 20 de abril de 2010 com recomendações para a digitalização de documentos arquivísticos permanentes e; a Resolução nº 37 de 19 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes para a presunção de autenticidade dos documentos digitais. Em Portugal, além da já mencionada Lei nº 12/2005, de 26 de janeiro, destaca-se a Lei 46/2007, de 24 de agosto, que dispõe sobre o acesso e a reutilização dos documentos administrativos e inclui especificamente como deve ser o acesso dos documentos que incluam dados de saúde e; a Portaria 247/2000, de 08 de maio que define um Regulamento Arquivístico para os Hospitais no qual se observa uma tabela de seleção e a inclusão de documentação administrativa.

Independente do tipo de suporte cabe ainda salientar que o prontuário do paciente é uma unidade informacional que se organiza em episódios do tipo internação, consulta, emergência, hospital dia e meios complementares de diagnóstico. Para cada paciente é atribuído um número de prontuário que está associado a todos os episódios registrados no atendimento ao paciente e que integram o prontuário. Cada um desses atendimentos corresponde a um acto informacional que dão origem a documentos simples ou compostos⁵ (Gonçalves 2011). Para a autora, o prontuário do paciente é um documento composto, organizado em episódios numerados de diferentes tipos, aos quais a informação clínica produzida está agregada.

⁴ O Conselho Nacional de Arquivos – CONARQ é um órgão colegiado, vinculado ao Arquivo Nacional, criado pelo art. 26 da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991, tem por finalidade definir a política nacional de arquivos públicos e privados, bem como exercer orientação normativa visando à gestão documental e à proteção especial aos documentos de arquivo (Brasil 1991).

⁵ Para Fernanda Ribeiro (1988, p.31) o “acto informacional é um conjunto de elementos que formam uma unidade de informação, traduzindo um acto jurídico, administrativo ou de outra natureza, ou um facto, e que se materializam na forma de um documento simples (por exemplo, uma acta, um assento de baptismo, um relatório, uma factura, um foral, etc.). (...) O documento é a mais ínfima unidade arquivística, constituída por um ou mais actos informacionais fixados num suporte indivisível, do ponto de vista arquivístico; pode assumir a forma de documento *simples*, quando contém apenas uma unidade de informação (um só acto), ou a forma de documento *composto*, quando é constituída por mais do que uma unidade de informação, em suportes distintos, ou seja, por documentos simples (actos informacionais associados e com significado apenas nessa condição)”.

De acordo com Wager, Lee e Glaser (2009) independente do tipo de organização e do prontuário estar em formato eletrônico ou em suporte papel, as funções continuam as mesmas e devem ser observadas com atenção. Sendo a principal finalidade a continuidade da assistência prestada, os registros devem ser organizados, minuciosos, completos e concisos. Além disso, como um importante elo de comunicação entre os profissionais de saúde, é no prontuário do paciente que estão registradas as necessidades do paciente; onde se encontra a documentação e o registro legal do cuidado prestado. Fonte de informação clínica e administrativa é essencial no gerenciamento dos serviços organizacionais, fornecendo dados para o controle de custos, cobranças e reembolso; bem como para a promoção do ensino, da pesquisa científica, do controle da qualidade dos serviços e dos cuidados prestados (Wager, Lee e Glaser 2009) (Prestes Jr e Rangel 2007) (Massad, Marin e Azevedo Neto 2003).

2.2.1 Do papel ao eletrônico

Com a mudança do modelo tradicional de atendimento em saúde para um modelo de atendimento onde se utiliza “a informação e a integração como elementos essenciais de organização” surge como solução o prontuário eletrônico do paciente, que “deve ser entendido como sendo a estrutura eletrônica para manutenção de informação sobre o estado de saúde e o cuidado recebido por um indivíduo durante todo seu tempo de vida” (Massad, Marin e Azevedo Neto 2003).

Para o Institute of Medicine⁶ (1997) o prontuário eletrônico do paciente é um registro do paciente baseado em computador que reside em um sistema especificamente projetado para apoiar os usuários fornecendo acesso a um completo conjunto de dados corretos, alertas, lembretes, sistemas de apoio à decisão clínica e links para bases de conhecimento médico, além de outros recursos.

O prontuário eletrônico recebe algumas denominações que a primeira vista parecem ser sinônimos e possuir o mesmo significado. No entanto, cabe esclarecer os termos Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP⁷), Registo de Saúde Electrónico (RSE), bem como o uso dos termos em inglês Electronic Medical Record (EMR), Electronic Patient Record (EPR) e Electronic Health Record (EHR) levando-se em conta os componentes de informação, o acesso e o armazenamento. Segundo Gonçalves (2011) o Processo Clínico Electrónico (PCE) “diz respeito a toda a informação relativa à prestação de cuidados de um doente produzida, armazenada ou acedida em formato electrónico no âmbito de diferentes episódios

⁶ O Institute of Medicine (IOM) é uma organização independente e sem fins lucrativos localizada em Washington (EUA). Fundada em 1970 e vinculada a Academia Nacional de Ciências, serve como conselheiro imparcial da nação com o objetivo ajudar o governo e o setor privado da saúde com informações e evidências que proporcionem a melhoria das decisões relacionadas à saúde. Fonte: <http://www.iom.edu/About-IOM.aspx>.

⁷ PEP: designação utilizada principalmente no Brasil para Prontuário Eletrônico do Paciente. Em Portugal Processo Clínico Electrónico.

hospitalares dentro do contexto de uma determinada instituição de saúde”; o Registo de Saúde Electrónico (RSE) “refere-se ao conjunto mínimo de dados extraídos a partir do processo clínico do doente, que constará num nível partilhado entre instituições de saúde cujo acesso seja autorizado (ex. alertas clínicos, problemas e diagnósticos, vacinação, etc.)”. O EMR é usado para registos eletrônicos mantidos numa clínica ou consultório médico enquanto que o EPR refere-se a registos eletrônicos geridos por instituições de saúde (Gonçalves 2011) (Nagle 2007). “Enquanto o EMR e o EPR são uma evolução do processo clínico do doente em papel, o EHR nasce no âmbito da informação clínica produzida e armazenada em formato electrónico, sendo composto por um conjunto de dados mínimos do doente extraídos do EMR ou do EPR, com o intuito de serem partilhados” (Gonçalves 2011).

Um EMR e um EHR são capazes de coletar e armazenar eletronicamente os dados do paciente, fornecer essa informação aos profissionais que a solicitam, permitir aos profissionais de saúde entrar com pedidos diretamente no sistema informatizado, fornecer ferramentas de apoio à decisão, tais como lembretes, alertas e acesso aos mais recentes resultados de investigação (Wager, Lee e Glaser 2009). Para os autores, por possuir essas capacidades de suporte a decisão o EMR se torna muito mais robusto do que os registos em suporte papel.

Para a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (2012) “com a evolução da tecnologia, especialmente da Internet, a possibilidade de compartilhar as informações de saúde tornou-se viável, e, naturalmente o PEP, antes de uso exclusivo e interno da instituição de saúde, evoluiu para o conceito de um Registro Eletrônico de Saúde (RES). Este possui em seu núcleo conceitual o compartilhamento de informações sobre a saúde de um ou mais indivíduos, inter e multi-instituição, dentro de uma região (município, estado ou país), ou ainda, entre um grupo de hospitais”.

Wager, Lee e Glaser (2009) reforçam a definição do Registro Eletrônico de Saúde ao mencionar as conclusões da National Alliance for Health Information Technology Definitions⁸, a qual especifica os termos em:

- Registro Médico Eletrônico: um registro eletrônico de informações relacionadas à saúde de um indivíduo que pode ser criado, reunido, gerenciado e consultado por médicos e pessoal autorizado dentro de uma organização de saúde.
- Registro Eletrônico de Saúde: um registro eletrônico de informações relacionadas à saúde de um indivíduo que está em conformidade com os padrões de interoperabilidade reconhecidos nacionalmente e que podem ser criados, gerenciados

⁸ A National Alliance for Health Information Technology Definitions foi um grupo de trabalho que funcionou de 2002 a 2009, vinculado ao governo dos EUA. Possuía, dentre outros, objetivos como o de promover o uso das Tecnologias de Informação de Saúde além da definição dos termos relacionados. Os termos mencionados foram publicados em um relatório que definia termos chave de tecnologia de informação em saúde no ano de 2008. Fonte: Wager, Lee e Glaser, 2009 e <http://searchhealthit.techtarget.com/definition/National-Alliance-for-Health-Information-Technology-NAHIT>.

e consultados por médicos e pessoal autorizado em mais de uma organização de saúde.

- Registro Pessoal de Saúde: um registro eletrônico de informações relacionadas à saúde de um indivíduo que está em conformidade com os padrões de interoperabilidade reconhecidos nacionalmente, que pode ser utilizado de várias fontes, sendo gerenciado, compartilhado e controlado pelo indivíduo.

O desenvolvimento e o uso de prontuários eletrônicos padronizados em sistemas e bases de dados que possuam informações clínicas e administrativas “são reconhecidos como de grande impacto e benefício na melhoria da eficácia, eficiência, segurança, e qualidade da prática de saúde” (Massad, Marin e Azevedo Neto 2003). As vantagens do prontuário eletrônico vão além da melhoria da qualidade das informações registradas pelos profissionais, dos fluxos de trabalho e da assistência ao paciente. Trazem também contribuições importantes para a gestão hospitalar, o controle de custos e para a execução das políticas e estratégias no âmbito institucional (Farias, et al. 2011).

Recentemente, pesquisas e estudos têm avaliado o impacto, os benefícios e as vantagens da adoção de aplicações clínicas e administrativas combinadas ao prontuário eletrônico. Características como o tamanho (número de camas) e o tipo (com ou sem fins lucrativos) do hospital também tem grande influência na decisão do tipo de aplicação utilizada. Medir os resultados ao nível dos processos e das aplicações e não somente institucional, implica em dados mais significativos (Bardhan e Thouin 2012).

Questões como a segurança e o compartilhamento de informações dos sistemas eletrônicos também têm sido investigadas. O impacto tem sido avaliado, por exemplo, na adoção de registros eletrônicos de saúde e na definição de estratégias técnicas e sociais para um banco de dados único do paciente. Países como a Inglaterra, Estados Unidos da América e Canadá tem realizado estudos e concentrado esforços no sentido de desenvolver frameworks e estudos de usabilidade dos sistemas para a regulação dos prontuários eletrônicos e; estabelecer normas, diretivas e padrões de certificação e de dados para a informação eletrônica no intuito de diminuir erros e riscos associados. Pesquisas apontam que a troca de informações entre instituições, através de navegadores web seguros, tem um impacto financeiro positivo que está diretamente relacionado com a redução dos custos anuais nos hospitais, uma vez que há significativa redução das internações e dos exames como tomografias e de laboratório, pois estas informações estão disponíveis aos profissionais de saúde (Eason e Waterson 2012) (Kushniruk, et al. 2013) (Frisse, et al. 2012).

As vantagens e desvantagens do uso do prontuário tanto em suporte papel como em suporte eletrônico são amplamente pesquisadas e divulgadas. As vantagens frequentemente ressaltadas do uso do prontuário em suporte papel é que este traz maior liberdade no

momento de escrever, facilidade no manuseio e não está sujeito a quedas do sistema ou falhas tecnológicas como acontece com os computadores; algumas das desvantagens mencionadas é que só pode estar num lugar ao mesmo tempo, os registros muitas vezes são ilegíveis e incompletos, não há padronização e há perda frequente de documentos e pastas com grandes volumes. O prontuário eletrônico tem a vantagem dos registros serem legíveis; poder ser acessado em locais diferentes ao mesmo tempo; é utilizado como suporte na gestão hospitalar facilitando as atividades administrativas, de agendamento de consultas e faturamento; os dados estão sempre atualizados; existe facilidade no acesso, na melhora do atendimento clínico, na organização da informação e há redução de erros e dos espaços de arquivamento antes utilizados com grandes quantidades de documentos; no entanto são observadas como desvantagens a necessidade de grandes investimentos em *hardware*, *software* e treinamentos, a resistência a mudanças por parte de alguns usuários, está sujeito a falhas do sistema, a demora na implantação e nos resultados do investimento (Massad, Marin e Azevedo Neto 2003) (Pinto 2006) (Sridhar, et al. 2009).

A adoção de registros eletrônicos de saúde acelera a forma com que as informações podem ser coletadas e acessadas. São crescentes os estudos e investigações que relatam que os benefícios aumentam quando há partilha de dados. No contexto da União Européia tem aumentado o interesse na questão do compartilhamento e na reutilização dos dados de saúde. Esta última, também chamada de uso secundário dos dados de saúde, é o uso da informação de saúde para outros fins que não o cuidado direto ao paciente (Geissbuhler, et al. 2013). Conforme os autores, além da adequação de políticas, legislação e regulamentos dos diferentes países da União Européia a reutilização de dados de saúde deve ser transparente, com a participação dos cidadãos e a supervisão dos governos nacionais. O desenvolvimento de um prontuário eletrônico estruturado impulsiona a reutilização da informação e relaciona-se diretamente com a qualidade dos registros produzidos.

2.2.2 Qualidade dos registros clínicos

O conteúdo dos prontuários serve para assegurar os direitos dos pacientes, as políticas públicas, o desenvolvimento do ensino e pesquisa, auxiliar a gestão das instituições de saúde, bem como assegurar as atividades realizadas pelos profissionais de saúde no âmbito da prestação de cuidados. Segundo Silva et al (2011) os registros em saúde são “uma fonte de informação para a continuidade da assistência, defesa jurídica e pesquisas” e seu valor é “imprescindível para as instituições de saúde, pois contribuem para a obtenção de dados que subsidiam estimar, avaliar o valor do trabalho profissional e o grau de eficiência com que são tratados os pacientes que recorrem ao mesmo”. Para o autor, a forma como o prontuário é utilizado, se este auxilia ou não no processo de cuidar do paciente e como estão

estruturadas as informações registradas pelos profissionais que o utilizam refletem e caracterizam a qualidade dos serviços prestados nas instituições. Segundo este mesmo autor,

O prontuário constitui-se em fonte importante para o desfecho do cuidado a ser oferecido ao paciente, mas percebe-se que a devida importância não vem sendo dada a este instrumento, tanto no aspecto prático de sua utilização como também nos aspectos didático e acadêmico.

Com isso, tem-se perdido muita informação, tempo e perspectivas, principalmente no tocante ao atendimento de qualidade ao paciente e à comunidade, entendendo que esta visão holística que o prontuário pode proporcionar permite um cuidado mais digno e humano.

A preocupação com a qualidade dos registros contidos nos prontuários dos pacientes deve fazer parte da rotina das instituições de saúde. Nesse sentido, a atuação das comissões de revisão dos prontuários nos hospitais, principalmente os universitários, exerce um papel importante no aprimoramento técnico dos profissionais e permite um controle mais eficaz da qualidade dos prontuários médicos (Prestes Jr e Rangel 2007). No entanto Vasconcellos, Gribel e Moraes (2008) salientam que poucos estabelecimentos de saúde possuem comissão de avaliação ou revisão de prontuários e registros essenciais como data de abertura do prontuário e endereço da residência do paciente aparecem muitas vezes incompletos. Para os autores, a padronização de campos obrigatórios, independente de o suporte ser em papel ou eletrônico, contribui para a melhoria da qualidade dos registros de saúde e para uma organização dos serviços que será capaz de se aproximar da integralidade do cuidado.

Donabedian (Cit. por Silva, et al. 2011) considera que “a qualidade dos registros existentes nos prontuários das instituições de saúde reflete e caracteriza a qualidade dos serviços prestados, o nível de complexidade e de atuação destas organizações com os seus processos de trabalho”.

Sob o ponto de vista dos profissionais envolvidos com o atendimento ao paciente, em contexto hospitalar, existem dificuldades na utilização de prontuários em suporte papel que afeta diretamente a qualidade dos registros. Fatores como a desorganização dos formulários, a ausência de registros clínicos, a má identificação do profissional que realizou o atendimento, a escrita não legível, documentos com falta ou carência de informações são as dificuldades frequentemente mencionadas e que afetam a continuidade do atendimento ao paciente (Pavão, et al. 2011). A corresponsabilidade no uso, manuseio e guarda dos prontuários dos pacientes são sugestões apontadas pelos profissionais para melhoria da qualidade dos registros clínicos (Silva, et al. 2011). Para Silva e Tavares-Neto (2007) registros clínicos corretor e informação com boa qualidade têm implicações diretas não só nas contas a serem apuradas e no gerenciamento hospitalar, mas, principalmente, na qualidade da assistência prestada, na educação permanente e como instrumento de pesquisa.

Para Escosteguy et al. (2002) o prontuário é um instrumento de registro do processo gerado pelo atendimento ao paciente e o resultado dos cuidados prestados: “a qualidade

desse registro influencia, necessariamente, a qualidade da informação gerada pelo sistema” e tem sido pouco valorizado “tanto do ponto de vista do conteúdo quanto da apresentação (incluindo legibilidade)”. Para Sampaio e Silva (2010) “a qualidade do preenchimento dos prontuários pode sofrer interferência multifatorial. No plano organizacional as relações de trabalho podem ou não permitir condições adequadas de atendimento. Quanto aos processos de trabalho, os órgãos mantenedores – públicos, privados – apresentam diferenças significativas de qualidade no manuseio de seus prontuários”.

Medir a qualidade dos registros clínicos em prontuários eletrônicos também é importante. Os dados em formato eletrônico precisam fornecer informações acessíveis e em formatos que os usuários possam ser capazes de recuperá-las e interpretá-las. A boa qualidade dos sistemas de prontuário eletrônico deve proporcionar registros clínicos consistentes, corretos, que sejam úteis e fáceis de ler. Aliado a isto os dados tem que ser íntegros e confiáveis, deve existir uma política de certificação de segurança e um ambiente de trabalho seguro. Desse modo a contribuição será relevante para apoiar as decisões clínicas, os usuários do sistema e os processos de trabalho melhorando as decisões médicas e administrativas (Chang, et al. 2012).

2.3 Auditoria Hospitalar e Auditoria da Informação

Para o *Institute of Internal Auditors* (Cit. por Portugal 2011) a auditoria é “a actividade objectiva e independente desenhada para acrescentar valor e melhorar as operações de uma organização, ajudando-a a atingir os seus objectivos”. Por meio da auditoria é possível “avaliar a qualidade dos processos, sistemas e serviços e a necessidade de melhoria ou de ação preventiva/corretiva/saneadora” (Brasil 2011).

A auditoria é o “exame sistemático e independente dos fatos pela observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas de uma atividade, elemento ou sistema para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas” (Brasil 2011). Nesse sentido a auditoria se revela como um instrumento que fortalece a gestão nas instituições de saúde públicas, bem como orienta o gestor na aplicação eficiente do orçamento tendo como resultado “a melhoria dos indicadores epidemiológicos e de bem-estar social, no acesso e na humanização dos serviços” (Brasil 2011). Segundo estas orientações, essa mudança das práticas de auditoria sob a “perspectiva da saúde coletiva, incorpora a avaliação da qualidade das ações de promoção, prevenção e assistência visando, especialmente, a redução das iniquidades, a garantia do direito ao acesso e a eficiência das ações e serviços, que é medida por indicadores de saúde e a efetividade da participação e controle social, sem prejuízo de suas demais funções”.

No contexto hospitalar, a auditoria pode ser classificada como de conformidade e operacional. A auditoria de conformidade “examina a legalidade dos atos de gestão dos responsáveis sujeitos a sua jurisdição, quanto ao aspecto assistencial, contábil, financeiro, orçamentário e patrimonial”. A auditoria operacional “avalia os sistemas de saúde, observados aspectos de eficiência, eficácia e efetividade”. Podem ainda ser regulares, quando estão inseridas no planejamento das atividades ou especiais, quando são realizadas para atender casos específicos ou apurar denúncias (Brasil 2011).

Junqueira (Cit. por Kobus e Dias 2004) classifica a auditoria em médica preventiva, operacional e analítica. A auditoria médica preventiva verifica os procedimentos antes que aconteçam, trata da liberação dos procedimentos que serão realizados nos pacientes e é exercida pelos médicos. Na auditoria médica operacional os procedimentos realizados são analisados durante e depois da internação do paciente. A auditoria analítica é a análise dos dados coletados durante a auditoria preventiva e operacional e a comparação destes com indicadores gerenciais e administrativos que contribuem para a gestão de recursos da instituição.

A auditoria de contas se insere na auditoria operacional (Kobus e Dias 2004) tornando-se fundamental para as instituições hospitalares e para os gestores destas instituições. A análise dos procedimentos hospitalares possibilita avaliar a qualidade da assistência à saúde e a auditoria se revela uma importante ferramenta na gestão hospitalar, pois permite entender os detalhes dos prontuários, além de possibilitar uma análise técnica e identificação de situações administrativas inadequadas (Costa-Val e Marques 2010). Segundo Gontijo e Alves (2011) “a auditoria é uma ferramenta precisa, que pode ser explorada e aproveitada pelas instituições no intuito de, cada vez mais, melhorar sua produtividade e evitar perdas, que na maioria das vezes são evitáveis e desnecessárias”.

Quanto à auditoria médica ou a auditoria clínica, estas dizem respeito à análise sistemática e crítica dos cuidados médicos prestados aos pacientes. Inclui a avaliação de todos os procedimentos e recursos utilizados com a finalidade de descobrir se tudo está sendo feito como deveria sendo um processo para a melhoria da qualidade do atendimento aos pacientes (Maggs 1995) (Modayil, Panchikkeel e Alex 2009) (Yorston e Wormald 2010). Um processo de auditoria clínica precisa ser gerido de forma cuidadosa como um processo interativo ao qual são necessários tanto competências eficazes de gestão da informação como o entendimento de práticas clínicas e de gestão (Maggs 1995). Para o autor, o processo de auditoria é composto por um ciclo de seis fases cuja operacionalização pode ser facilitada com a aplicação dos princípios da gestão da informação e pelo que designou de ciclo da informação. As fases do ciclo de auditoria se complementam com as do ciclo da informação: é preciso identificar e decidir o que auditar; planejar as ações de auditoria, verificar que tipo de informação é necessária e como será coletada; proceder a coleta e armazenar os dados de

forma adequada; analisar e avaliar a informação recolhida e entender de que forma é utilizada; realizar as melhorias identificadas e implementá-las na prática e; avaliar e monitorar as mudanças realizadas. Maggs ressalta também que neste processo de auditoria a documentação tem que estar organizada, a informação coletada deve fazer parte das atividades clínicas e precisam estar armazenadas em uma forma que permita comparação posterior.

O ciclo de atividades de uma auditoria possui componentes importantes e deve seguir alguns critérios. É necessário estabelecer ou adotar padrões, realizar a auditoria e analisar seus resultados, identificar falhas, definir prioridades, medir as práticas utilizadas, comparar os resultados com os padrões previamente estabelecidos, mudar as práticas consideradas ruins, re-auditar ou monitorar os indicadores com problemas e analisar se houve melhorias. (Modayil, Panchikkeel e Alex 2009) (Yorston e Wormald 2010). Para os autores, toda vez que um ciclo de auditoria for concluído é preciso saber se houve melhoria dos procedimentos relacionados com o atendimento aos pacientes.

Conforme constatado, a auditoria hospitalar pode englobar vários contextos, desde a análise e a legalidade da gestão pela avaliação dos sistemas e processos até a auditoria de contas e a análise dos procedimentos relacionados com o atendimento ao paciente. No âmbito deste trabalho quando se menciona a auditoria de qualidade aos prontuários dos pacientes pretende-se analisar a qualidade do conteúdo da informação produzida nos registros clínicos e, portanto, relacionado aos processos internos do hospital. Percebe-se dessa forma, que para que isso aconteça é de fundamental importância o trabalho de análise e mapeamento das atividades informacionais. Tal como observado por Maggs (1995) é fundamental identificar os processos de trabalho, entender e avaliar de que forma a informação é produzida, utilizada, armazenada e acessada.

Por outro lado, a auditoria da informação ao analisar o desempenho e as melhorias necessárias a um sistema de informação de uma instituição é o “processo de descobrir, monitorar e avaliar os fluxos e os recursos de informação de uma organização para implementar, manter ou melhorar a gestão da informação” (Buchanan e Gibb 1998). Para os autores a auditoria da informação não deve ser considerada como opção, mas como um passo para determinar o valor, a função e a utilidade dos recursos de informação da organização.

O desenvolvimento de um processo de auditoria da informação é feito de acordo com um método que melhor se adapte as necessidades da instituição a ser analisada. Seu ciclo de atividades pode ser resumido basicamente a três etapas: (i) o planejamento das atividades, onde é feito o estudo e a abordagem da organização e a análise da estrutura orgânica e funcional; (ii) a recolha e o tratamento dos dados e; (iii) a avaliação dos dados coletados com a posterior comunicação de recomendações e possível implementação destas a fim de melhorar os processos de trabalho na instituição. Além disso, é importante o planejamento

de estratégias futuras e a realização de auditorias periódicas, de modo que se possa avaliar as mudanças inseridas na organização. Desta forma, identificando e descobrindo quais os recursos e as necessidades informacionais necessárias é possível definir estratégias a seguir de modo que a gestão da informação possa se tornar mais eficiente, eficaz e auxiliar na organização dos processos decisórios (Buchanan e Gibb 2007).

Embora exista diferenças quanto à abordagem da auditoria da informação e da auditoria de qualidade aos prontuários dos pacientes é possível relacionar alguns aspectos. Nos dois casos a percepção, a análise e a avaliação dos processos e dos fluxos de trabalho permite obter informações mais específicas e direcionadas as necessidades de informação da instituição. Identificar, classificar e avaliar os recursos de informação permite distinguir quais são os que cumprem um papel fundamental e quais os que não estão sendo utilizados e, portanto, são desnecessários (Buchanan e Gibb 2007).

Por outro lado, a auditoria não deve ser vista como uma prática “meramente técnica que implique apenas a aplicação de certos procedimentos cujos resultados apresentam indubitável rigor”, mas como uma operação de análise e diagnóstico, considerando todos os aspectos de gestão de determinada instituição. Os resultados, as sugestões de melhoria, os planos de ação para eliminar disfunções e fraquezas são apresentados num relatório final sob o nome de recomendações, as quais não são obrigatórias, cabendo ao órgão gestor da organização ou da empresa tomar as decisões de colocá-las em prática. (Carneiro 2009). Conforme este autor “o termo auditoria é empregue incorrectamente quando se considera que se trata de uma avaliação cujo único fim é detectar erros e assinalar falhas. O conceito de auditoria é muito mais amplo, podendo ser referido como um exame crítico que tem a finalidade de avaliar a eficácia e eficiência de um departamento ou organização”.

No contexto hospitalar abordar a auditoria de qualidade ao prontuário do paciente no âmbito de uma auditoria interna, implica relacionar algumas questões que se prendem com a gestão da informação e a auditoria da informação tais como: a qualidade dos registros clínicos analisados nas auditorias, ou seja, o conteúdo dos prontuários; a codificação que é realizada a partir do conteúdo e pela qual é realizado o faturamento e; a análise das práticas operacionais.

A abordagem do conteúdo dos prontuários já foi mencionada anteriormente. Muitos estudos referem que não existe a qualidade necessária principalmente quando se trata de registros em suporte papel. Os problemas relacionados à qualidade dos registros clínicos repetem-se nos que estudam a qualidade dos registros encontrados nas auditorias aos prontuários. Nas auditorias aos prontuários dos pacientes os relatos mencionam, entre outros, os seguintes aspectos: anotações sem padronização, semelhantes no conteúdo de evoluções de enfermagem e de evoluções médicas, erros de ortografia, registros ilegíveis, uso de terminologia incorreta, dificuldade na identificação do profissional, uso de siglas sem

referência e o que estas significavam, pedidos e resultados de exames laboratoriais e de raios-X inconsistentes, ou seja, constavam nos prontuários e não tinham sido prescritos ou vice-versa, e resistência em seguir orientações da parte de funcionários mais antigos (Setz e D'Innocenzo 2009) (Gontijo e Alves 2011). Outro ponto de importância fundamental na qualidade da informação clínica são os dados de identificação do paciente que precisam estar corretamente preenchidos para o faturamento das contas hospitalares. Muitas vezes o próprio faturista de posse do telefone do paciente, liga para completar algum dado faltante e necessário para o fechamento da conta (Gontijo e Alves 2011).

Para Setz e D'Innocenzo (2009) através do registro no prontuário do paciente é possível identificar a assistência prestada além de respaldar o profissional ética e legalmente. Quando esse registro é inadequado e escasso a assistência prestada ao paciente fica comprometida, assim como afeta os cuidados posteriores, a equipe envolvida na prestação de cuidados e a gestão da instituição. A auditoria é importante para detectar estes problemas, pois “possibilita por meio dos relatórios de avaliação, a orientação para a equipe e a instituição, quanto ao registro apropriado das ações profissionais e o respaldo ético e legal, frente aos conselhos, às associações de classe e a justiça” (Setz e D'Innocenzo 2009).

A padronização dos registros, dos atendimentos realizados e o preenchimento correto e completo do prontuário são importantes não só para as atividades da equipe de profissionais, mas para a qualidade da assistência prestada ao paciente, pois registros fidedignos documentam os procedimentos realizados e os gastos gerados com estes atendimentos. Um processo de auditoria precisa analisar o prontuário de forma completa e minuciosa, verificando-se, por exemplo, os diagnósticos médicos, os procedimentos realizados, os exames e seus laudos, os materiais e medicamentos gastos conforme a prescrição médica e nos horários corretos. (Setz e D'Innocenzo 2009) (Pereira, Miranda e Costa 2011) (Kobus e Dias 2004). A auditoria é essencial nas instituições hospitalares, pois através da avaliação dos resultados pode-se planejar e programar ações de melhoria, além de ser “um instrumento essencial de diminuição de glosas e aumento do faturamento hospitalar” (Pereira, Miranda e Costa 2011).

Os hospitais universitários são serviços de saúde públicos remunerados pela apresentação das faturas dos atendimentos realizados. Significa dizer que a cada item cobrado, este deve estar registrado no prontuário do paciente. As auditorias de contas são realizadas a partir da análise do prontuário comparando se os procedimentos e materiais apresentados no faturamento da conta foram efetivamente realizados. O que não está registrado não é pago. O registro de todos os procedimentos é vital para a sustentabilidade financeira dos estabelecimentos de saúde (Moraes e Salies 2009).

Os repasses financeiros têm que ser coerentes entre o diagnóstico, os atos realizados e os respectivos registros. Todos estes registros tem que estar englobados na codificação

definida pelo Ministério da Saúde, através de códigos de procedimentos e lançados em sistemas nacionais onde são apresentadas as contas do faturamento hospitalar, que comprovam o atendimento ao paciente. Entender e registrar adequadamente os atos realizados e seu significado através dos códigos de procedimentos ainda causa dificuldades e dúvidas entre os profissionais, sendo este um problema na gestão das instituições de saúde que contribui para as glosas e as inconformidades nas contas hospitalares⁹ (Costa-Val e Marques 2010) (Kobus e Dias 2004).

A “codificação é uma tarefa que exige cuidado e empenho do profissional em sua execução, e não está isenta de erros”. Embora o prontuário eletrônico tenha ajudado a resolver o problema da ilegibilidade dos registros em papel, ainda há “falta de especificidade na informação clínica registrada” e podem ocorrer erros “sistemáticos relativos à digitação ou ao conhecimento de informática do utilizador”. No Brasil, o cenário não mudou muito desde a década de 90 e muitos dos problemas detectados na época ainda continuam, tais como a qualidade das variáveis influenciada pela não vinculação da informação diagnóstica à informação de pagamento e insuficiência de campos para registro de comorbidades e complicações. A codificação continua a ser feita por profissionais administrativos sem treinamento adequado e “não habilitados no uso da CID pois, mesmo com a oferta de cursos para a formação de pessoal de nível médio em codificação, é pouco o interesse dos gestores nesta formação” (Pinto 2010).

Em Portugal as altas são codificadas por médicos codificadores habilitados em cursos de formação periódicos. Além disso, a busca pela qualidade é feita com a realização de auditorias internas e externas. As auditorias internas são realizadas por um médico auditor do hospital, que com a ajuda de um aplicativo chamado Auditor verifica e corrige erros e não conformidades relativas às normas de codificação e administrativas. A codificação clínica dispõe, ainda, de informações em duas páginas na internet. Na página da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) através do Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde é possível aceder a um item chamado codificação clínica, onde podem ser encontrados vários documentos e informações como também o calendário dos cursos de codificação clínica no ano. A área de codificação clínica está inserida na Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização a qual compete explorar a base de dados nacional dos GDH, a formação e a reciclagem em codificação clínica, a normalização da codificação clínica a nível nacional e a auditoria à codificação clínica. Esta última permite verificar a qualidade da informação clínica produzida e atingir um financiamento hospitalar justo. Conforme este departamento, a codificação clínica hospitalar é a “codificação, mediante nomenclaturas e

⁹ Para Kobus e Dias, **inconformidades** são achados nas contas médicas os quais não refletem os acordos contratuais entre as partes envolvidas no processo de cobrança/ pagamento dos Serviços de Atenção à Saúde. **Glosas** são as correções que o auditor faz das inconformidades encontradas nas contas médicas e hospitalares, baseado nas tabelas e contratos previamente firmados entre o Prestador e o Pagador dos Serviços de Saúde.

sistemas de codificação adequados, dos procedimentos, diagnósticos e actos que caracterizam o contacto do utente com o hospital (seja em internamento, hospital de dia, consulta externas ou urgências)” (Portugal 2012).

Através da página da ACSS é possível acessar a outra mais específica, o Portal da Codificação Clínica e dos GDH¹⁰. Nesta, além de estarem disponíveis todas as informações sobre a codificação e a legislação pode-se encontrar detalhes sobre o programa Auditor de GDH. Este programa iniciou no início dos anos 90 com o intuito de ajudar os hospitais do Serviço Nacional de Saúde português a realizar auditorias internas de codificação clínica. De propriedade e distribuído pela ACSS esta ferramenta informática permite percorrer as bases de dados dos GDH e realizar um conjunto de verificações com o objetivo de detectar erros e fazer as correções necessárias (Portugal 2012b).

No próximo tópico é feito um enquadramento legal, normativo e funcional da auditoria hospitalar no Brasil e em Portugal. Tal fundamentação será essencial para o embasamento teórico do capítulo referente à forma como ocorrem às auditorias nos dois países.

2.3.1 Enquadramento Legal, Normativo e Funcional

2.3.1.1 Brasil

Antes de 1976 as atividades de auditoria no Brasil eram realizadas por supervisores do então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) através de apurações nos prontuários de pacientes e nas contas hospitalares. A partir desse ano, as contas hospitalares transformaram-se em Guia de Internação Hospitalar (GIH) e as atividades de auditoria são estabelecidas como Controle Formal e Técnico. Em 1983, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) substitui a GIH, o cargo de médico-auditor é reconhecido e a auditoria passa a ser feita nos próprios hospitais (DENASUS 2012).

Em 1988 a Constituição Federal considera de “relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos Termos da Lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (Brasil 1988).

Em 1990, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, “estabeleceu as instâncias de gestão do SUS de acompanhar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde, ficando reservada à União a competência privativa para "estabelecer o

¹⁰ Cabe destacar que embora o Portal da Codificação Clínica esteja atualmente vinculado a ACSS, a autoria deste bem como o desenvolvimento do Programa Auditor se deve ao médico Auditor Interno da Codificação Clínica do CHSJ. Este, por sua vez, foi alvo de entrevista que permitiu a caracterização do funcionamento da codificação clínica no CHSJ apresentada na seção 3.2.3.2 do presente trabalho.

Sistema Nacional de Auditoria, e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional em cooperação técnica com estados, municípios e Distrito Federal” (DENASUS 2012).

Em 27 de julho de 1993 a Lei nº 8.689 extingue o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e institui no artigo 6º o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) vinculado ao Ministério da Saúde. O SNA foi regulamentado pelo Decreto n.º 1.651/95 de 28 de Setembro e possui como missão “realizar auditoria no SUS, contribuindo para qualificação da gestão, visando melhoria da atenção e do acesso às ações e aos serviços de Saúde”. Suas competências visam a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde, realizada de forma descentralizada, ou seja, exercer atividades de auditoria e fiscalização especializada no âmbito do Sistema Único de Saúde (DENASUS 2012).

A Portaria PRT/GM/MS nº 2.531/95, de 14 de Dezembro, considerando os processos de municipalizações, a uniformização dos critérios estabelecidos na transferência dos recursos e a necessidade de acompanhamento e verificação da aplicação dos recursos determina, no artigo 5º que:

O acompanhamento da execução das ações estabelecidas nos Planos de Trabalho, inclusive os relativos a convênios firmados anteriormente à vigência desta Portaria, será efetuado, obrigatoriamente, pelo órgão repassador, com apoio da área técnica que o houver analisado e com as informações que forem solicitadas aos órgãos regionais de representação do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas, ou ao Sistema Nacional de Auditoria, inclusive com verificação “in loco”, se necessário.

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) é um órgão que integra a estrutura da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde sendo um componente federal do Sistema Nacional de Auditoria (DENASUS 2012). A atividade de auditoria exercida pelo DENASUS “reúne técnicas para avaliar a gestão pública de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados obtidos. O objetivo é aumentar a garantia da transparência da gestão pública e prevenir a corrupção” (Brasil 2012). O Decreto nº 7.797/2012 de 30 de agosto determina no artigo 35 as competências do DENASUS tais como: auditar as ações e serviços públicos de saúde e a aplicação dos recursos financeiros do SUS; estabelecer diretrizes, propor normas e procedimentos para a sistematização e a padronização das ações de auditoria, inclusive informatizadas no âmbito do SUS e; informar os resultados e as recomendações das atividades de auditoria aos interessados a fim de que sejam tomadas as providências necessárias.

O SNA e o DENASUS possuem uma página na internet onde é possível visualizar informações como legislação específica, consultar algumas auditorias realizadas por estados, as publicações relacionadas à auditoria no SUS e identificar alguns sistemas como o CDAM

(Certificado de Direito a Assistência Médica) destinado a autorizações de assistência médica em alguns países que assinaram acordo internacional com o Brasil e; o SISAUD (Sistema de Auditoria do SUS) utilizado pelos componentes do SNA e mediante adesão pelos estados e municípios, por meio do qual é possível acompanhar e controlar a produção das informações decorrentes do processo de auditoria no SUS.

Em 2005 é publicado o manual “Orientações Técnicas sobre Auditoria na Assistência Ambulatorial e Hospitalar no SUS”, da série normas e manuais técnicos do DENASUS. Segundo este manual, o SUS é definido com um “sistema complexo, dinâmico e em constante evolução” que utiliza vários sistemas e redes de informações estratégicas. O SNA “utiliza esses sistemas e redes como ferramentas para obtenção de dados, análise e suporte à realização de auditorias analíticas e auditorias operacionais (*in loco*)” sendo os mais utilizados os de abrangência nacional, desenvolvidos pelo DATASUS/MS e utilizados por hospitais, secretarias municipais e estaduais de saúde como Sinasc, SIM, SIA/SUS, SIH/SUS¹¹, dentre outros.

O capítulo dois e três apresenta, respectivamente, orientações para a utilização dos sistemas SIH/SUS e SIA/SUS. O capítulo quatro refere orientações sobre a auditoria operativa que é realizada pelas equipes do Ministério da Saúde, tanto a nível hospitalar quanto ambulatorial. Além de definir os objetivos da auditoria, os procedimentos rotineiros, quais os documentos que são emitidos às instituições e quais são os solicitados, trata de como é feita a verificação da instituição hospitalar e quais são os aspectos que serão observados. A auditoria operativa ambulatorial avalia a organização e os serviços oferecidos, a qualidade e a satisfação do usuário, se os atendimentos individuais estão devidamente registrados e conferem com o que foi lançado nos sistema SIA/SUS.

Cabe destacar que neste ponto o manual possui um item específico que se refere à avaliação do Prontuário Médico-Hospitalar ou como é atualmente mais conhecido, o prontuário do paciente. Define que a análise deve ser de “competência exclusiva dos médicos e da equipe de saúde” e que “os profissionais estão sujeitos ao segredo profissional em obediência aos respectivos códigos de ética”. Além disso, determina qual a obrigatoriedade no preenchimento e quais os documentos mínimos e obrigatórios que devem constar do prontuário. No momento da auditoria, ao analisar o prontuário, são observados, entre outros:

- Na vigência das internações é avaliada a evolução clínica dos pacientes, a propriedade dos exames solicitados e da terapêutica instituída, a indicação das cirurgias, bem como a compatibilidade entre o tempo de permanência hospitalar e o diagnóstico e a existência de assinatura e carimbo do profissional.

¹¹ Sinasc (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos), SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade), SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS), SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS) (Brasil 2005).

- Verificar se existem cobranças complementares e, portanto, indevidas, de pacientes SUS, pois a utilização da AIH assegura a gratuidade total no atendimento.
- Conferir os laudos médicos para a emissão da AIH: se estão no prontuário do paciente, se foram corretamente preenchidos, se o nome do paciente é o mesmo no prontuário e no formulário de AIH e se os códigos de procedimentos correspondem ao diagnóstico.

O manual salienta a atenção do auditor para os erros frequentemente encontrados que merecem atenção na análise, tais como: laudo médico incompleto, com rasuras e ilegíveis; cobranças de procedimentos de maior valor; registros clínicos nos prontuários ilegíveis, incompletos ou com rasuras; internações indevidas, inexistência de formulários obrigatórios; prontuário não encontrado ou com dados incompletos na identificação do paciente (Brasil 2005).

Em 2011, também da série de normas e manuais técnicos do DENASUS é publicado o Manual de Auditoria do SUS: orientações básicas. Traz orientações básicas nos capítulos iniciais sobre os conceitos básicos do SUS, a auditoria e o que é o SNA. Especifica que o objeto de análise da auditoria considera a estrutura física e funcional da unidade prestadora do serviço. A análise de processo de auditoria é feita observando-se todo o contexto institucional. São avaliadas as responsabilidades do prestador; o acesso aos serviços de saúde; os protocolos, fluxos, normas, rotinas de atendimento e exames de diagnóstico em todas as complexidades; a análise de resultados quanto a indicadores; o grau de satisfação dos usuários; a estrutura e a funcionalidade da instituição e; avaliação da disponibilidade de recursos humanos, materiais e estrutura física.

O terceiro capítulo refere informações sobre o processo de auditoria no SUS, ou seja, quais as finalidades, as formas de operacionalização, o planejamento e o plano de trabalho. A realização da auditoria deve ser comunicada pelo órgão auditor por meio de um ofício e do comunicado de auditoria que são endereçados ao gestor da instituição. É por meio do comunicado de auditoria que são solicitados, antecipadamente, documentos, justificativas e esclarecimentos, além da notificação de pendências e solicitação de providências para as fases posteriores da auditoria. O processo de trabalho dos auditores consiste de uma reunião inicial com a apresentação da equipe auditora do SNA à instituição, do recebimento dos documentos solicitados e sua análise, da visita aos setores do local auditado se necessário e de reunião de encerramento. Por fim, um relatório de auditoria é apresentado com os resultados encontrados pelos auditores. (Brasil 2011)

2.3.1.2 Portugal

Em 2007, dentro dos objetivos do governo português voltados para a “modernização administrativa e à melhoria da qualidade dos serviços públicos” bem como na reestruturação do Ministério da Saúde foi criada a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) através do Decreto-Lei nº 219/2007, de 29 de maio, a qual possui as “funções de administração dos recursos do Serviço Nacional de Saúde e de planeamento e gestão da qualidade organizacional dos serviços e estabelecimentos que constituem o sistema de saúde”. A ACSS “é um instituto público integrado na administração indirecta do Estado, dotado de autonomia administrativa, financeira e património próprio”, cuja missão é “assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde (MS) e do Serviço Nacional de Saúde (SNS), bem como das instalações e equipamentos do SNS, proceder à definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento em saúde, nas áreas da sua intervenção, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, I. P., no domínio da contratação da prestação de cuidados¹²” (Portugal 2012). Nesse sentido “realiza auditorias às instituições hospitalares integradas no Serviço Nacional de Saúde com vista à verificação da conformidade da codificação clínica e da facturação dos episódios realizados aos beneficiários do SNS” (Portugal 2011).

As atividades de inspeção na área da saúde tiveram início em 1980 com a criação da Inspeção-Geral dos Serviços de Saúde (IGSS) através do Decreto-Lei nº 384/80 de 19 de setembro. Como um organismo central do Ministério da Saúde possuía a “competência exclusiva na instrução dos processos de natureza disciplinar sempre que estivessem em causa dirigentes dos serviços, ou envolvessem infrações de natureza criminal ou a que correspondessem penas expulsivas”. Em 30 de junho de 1986, o Despacho nº 26/86 cria o Gabinete do Utente, reforçam-se as competências e atribuições da IGSS no sentido desta receber as reclamações dos utentes¹³ e controlar o tratamento que lhes era dado. Em 24 de agosto de 1993 através do Decreto-Lei nº 291/93 passa a chamar-se Inspeção-Geral da Saúde (IGS) sendo a área de intervenção ampliada ao sistema de saúde, prevendo-se ainda a realização de auditorias de gestão e de auditorias disciplinares. Em 2007 conforme as orientações do Programa de Reestruturação da Atividade Central do Estado (PRACE) e com o intuito de reforçar as funções de apoio ao governo é aprovada uma nova lei orgânica através do Decreto-Lei nº 275/2007, de 30 de junho. A Inspeção-Geral da Saúde passa então a

¹² No decorrer deste trabalho, as atividades de desenvolvimento, manutenção e operação dos sistemas integrados de informação na área da saúde em Portugal transitaram para a SPMS (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde), “uma Entidade Pública Empresarial que assegura a prestação de serviços partilhados ao nível de compras e logística, gestão financeira, recursos humanos especializados e sistemas TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação para as entidades que integram Serviço Nacional de Saúde (SNS)”, criada pelo <http://www.spms.pt/quem-somos/apresentacao/>.

¹³ Em Portugal é designado o termo utente para designar o paciente.

designar-se Inspeção Geral das Actividades em Saúde (IGAS) mantendo suas competências e atribuições anteriores e alargando a atuação para as entidades privadas (Portugal 2012a).

O Decreto-Lei nº 276/2007 de 31 de julho define o “regime jurídico da actividade de inspeção, auditoria e fiscalização dos serviços da administração directa e indirecta do Estado aos quais tenha sido cometida a missão de assegurar o exercício de funções de controlo, interno ou externo” entre estas a Inspeção Geral das Actividades em Saúde.

O despacho nº 3.786/2008 de 14 de fevereiro, do Ministério da Saúde, aprova o Regulamento dos Procedimentos da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde. Nesse documento são aprovados todos os procedimentos relativos às atividades de inspeção, caracterizando-se pelas atividades de iniciativa própria ou que tenham sido previstas bem como pelas ações agrupadas pelas áreas de competência de auditoria, inspeção, fiscalização, ações disciplinares e ações contra-ordenacional.

Em 2011 o Decreto-Lei nº 124/2011, de 29 de dezembro, aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde e dá início ao Plano de Redução e Melhoria da Administração Central (PREMAC). Neste decreto a Inspeção-Geral das Actividades em Saúde tem suas atribuições reforçadas no sentido do “domínio da fiscalização e inspeção, de carácter regular, com a centralização destas atribuições antes conferidas a outras entidades e alarga o seu âmbito de actuação no domínio da auditoria, que passa a incluir também a prestação de serviços regulares de auditoria interna a todas as instituições, serviços, estabelecimentos e organismos do Ministério da Saúde ou por este tutelados”.

No âmbito do PREMAC em 13 de fevereiro de 2012 é publicada a lei orgânica da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde. A IGAS “é um serviço central da administração directa do Estado, dotado de autonomia administrativa” que tem por missão “auditar, inspeccionar, fiscalizar e desenvolver a acção disciplinar no sector da saúde, com vista a assegurar o cumprimento da lei e elevados níveis técnicos de actuação em todos os domínios da actividade e da prestação dos cuidados de saúde desenvolvidos quer pelos serviços, estabelecimentos e organismos do MS, ou por este tutelados, quer ainda pelas entidades privadas, pessoas singulares ou colectivas, com ou sem fins lucrativos”. Dentre as competências da IGAS, destaca-se:

- a) Verificar o cumprimento das disposições legais e regulamentares e das orientações aplicáveis, bem como a qualidade dos serviços prestados, por qualquer entidade ou profissional, no domínio das actividades em saúde, através da realização de acções de auditoria, inspeção e fiscalização;
- b) Realizar auditorias aos serviços, estabelecimentos e organismos integrados no MS, ou por este tutelados, e assegurar os respectivos serviços regulares de auditoria interna, designadamente de âmbito organizacional e financeiro, bem como os serviços regulares de inspeção ao nível da segurança e qualidade, em articulação com a Direcção-Geral da Saúde (DGS);
- c) Realizar acções de fiscalização às unidades de prestação de cuidados de saúde do sector privado e social, na área das dependências e comportamentos aditivos;
- d) Desenvolver, nos termos legais, a acção disciplinar em relação aos serviços, estabelecimentos e organismos integrados no MS, ou por este tutelados.

Tanto a ACSS como a IGAS possuem páginas na internet onde é possível consultar informações sobre os respectivos órgãos, a estrutura, a legislação correspondente e a notícias atualizadas. Na página da ACSS, além destas, é possível aceder especificamente a um item sobre codificação clínica no qual se encontra disponível o Manual de Auditoria à Codificação Clínica e à Facturação do Contrato-Programa, publicado em 2011; além de um link para o Portal da Codificação Clínica e dos GDH, onde se pode também encontrar informações sobre o Programa Auditor ambos já mencionados anteriormente.

No Manual de Auditoria à Codificação Clínica e à Facturação do Contrato-Programa, além das definições introdutórias sobre o que são as auditorias e os objetivos da publicação, o capítulo dois faz o enquadramento das auditorias sob a perspectiva do processo da codificação clínica e da faturação hospitalar. Define como estão estruturados os Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH), a codificação, quais as prestações de serviço que podem ser cobradas (internamento, ambulatório médico e cirúrgico, consulta externa, urgência e hospital dia) além das fases da auditoria hospitalar (planeamento, execução, relatório, acompanhamento, relatório comparativo anual) e sua duração estimada.

O planeamento da acção da auditoria está definido no capítulo três. Ressalta-se a importância da elaboração do plano anual de auditorias; da mobilização da equipe, a qual deverá ser bem estruturada e possuir conhecimentos sólidos nas áreas auditadas; da análise prévia da informação disponível sobre a instituição hospitalar e; da verificação das conformidades analisadas através de uma amostra do faturamento. Ainda nesta fase, antes do início da auditoria, é enviado à instituição hospitalar um ofício com 15 dias úteis de antecedência comunicando as informações relevantes para a realização da auditoria na instituição, tais como: data de realização da auditoria e hora de início; qual a equipe que estará presente e; indicação de que a lista dos processos e respectivos episódios a auditar serão enviados com a antecedência de cinco dias úteis, para o endereço de correio eletrónico indicado pelo Conselho de Administração. É marcada uma reunião de início e fim dos trabalhos, com a presença de um elemento do Conselho de Administração, um responsável da área da codificação clínica e do faturamento e com outros elementos que o Conselho considere relevantes. Junto ao ofício é enviado uma agenda de trabalhos com uma previsão das atividades que serão desenvolvidas e a duração da auditoria. Tanto no envio do ofício comunicando a auditoria como no envio da lista de processos a auditar é feita uma confirmação com a instituição a fim de verificar se a mesma recebeu as comunicações.

No capítulo quatro está definido como é feita a execução da auditoria. O início se dá com a reunião comunicada em ofício. Posteriormente é feita a avaliação do sistema de controle interno o qual permite identificar como estão organizadas as práticas de codificação clínica e o faturamento. A análise dos registros clínicos e administrativos é feita através da

consulta aos processos clínicos. A organização do processo clínico é avaliada através da utilização de uma grelha de auditoria previamente definida, além de serem realizados testes de conformidade da codificação clínica e do faturamento¹⁴. Cabe ressaltar que na consulta aos processos clínicos são seguidas algumas etapas como: confirmar se os dados constantes do processo a auditar conferem com os dados definidos na grelha de auditoria; comparar os dados do processo clínico com o resultado da codificação feita pelo hospital; confirmar se os códigos atribuídos estão corretos; identificar e anotar as conformidades e não conformidades, bem como as observações mais pertinentes quanto ao nível de qualidade dos registros da informação clínica e administrativa. Por fim, é realizada uma reunião de finalização dos trabalhos e posteriormente elaborado um relatório da auditoria, além de serem realizadas ações à distância a fim de acompanhar se a codificação e o faturamento detectados com erros foram corrigidos.

Na tabela dois visualizam-se as semelhanças e diferenças existentes no Brasil e em Portugal quanto ao aspecto legal e normativo das auditorias. Ao comparar os dois países percebe-se que em Portugal as atividades de inspeção na saúde iniciaram alguns anos antes do Brasil e foram sofrendo ajustes legais ao longo dos anos. No Brasil as atividades de auditoria e fiscalização são realizadas pelo DENASUS somente no âmbito dos serviços vinculados ao SUS. Em Portugal a IGAS realiza atividades de auditoria, inspeção, fiscalização além de ações disciplinares e sua atuação é alargada para as entidades privadas.

Os dois países possuem páginas web onde estão disponíveis informações sobre as atividades de inspeção e auditoria. No Brasil a página do SNA possibilita o acesso a informações sobre o DENASUS e o sistema utilizado pelos auditores, o SISAUD; porém este sistema só pode ser utilizado pelos auditores e pelos estados e municípios adesão. Em Portugal as informações podem ser acessadas tanto no site da ACSS como da IGAS diferenciando-se que, tanto em uma quanto em outra existem informações específicas sobre a codificação clínica; um portal específico sobre a Codificação Clínica e os GDH e; o Programa Auditor é utilizado pelos hospitais nas auditorias internas.

Os dois países possuem manuais de orientação às auditorias, salientando-se que no Brasil no ano de 2005 foi publicado um manual com orientações específicas sobre quais os programas informatizados utilizados para a recolha de dados e o que é avaliado no prontuário do paciente pelos auditores e; o do ano 2011 define que o objeto de análise é a estrutura física e funcional da unidade prestadora do serviço, além de possuir orientações de como se desenvolve o processo de auditoria nas instituições. A diferença para o manual português se observa quanto ao enquadramento das auditorias, já que este é específico

¹⁴ Fazem parte dos testes os documentos de apoio como a Grelha de Auditoria e a Ficha de Auditoria. A grelha de auditoria contém informações como os códigos e as descrições de diagnósticos e procedimentos dos episódios registrados pelo faturamento. A ficha de auditoria sintetiza os resultados da auditoria relacionando as principais não conformidades encontradas nos episódios avaliados (Portugal 2011).

quanto ao processo da codificação clínica e da faturação hospitalar, bem como nas definições de prazos e datas de comunicações as instituições.

Nos próximos capítulos, e ao longo de todo o restante do trabalho, será explorado de forma crítica o contexto do hospital do Brasil, o HU/UFSC e do CHSJ em Portugal no que se refere à forma como ocorre a codificação e o faturamento dos procedimentos hospitalares, a gestão da informação clínica e como se realizam as auditorias nos dois hospitais.

Tabela 2: Atividades de Auditoria em contexto hospitalar

Atividades de Auditoria em contexto hospitalar		
	Brasil	Portugal
Início das atividades	1993 – Instituição do Sistema Nacional de Auditoria (SNA)	1980 – início das atividades de inspeção na área da saúde e criação da Inspeção-Geral dos Serviços de Saúde (IGSS)
Entidade supervisora	Atividades de auditoria exercidas pelo DENASUS – Departamento Nacional de Auditoria	Várias reformulações ao longo dos anos: 1986 – criação do Gabinete do Utente 1993 - Inspeção-Geral da Saúde (IGS) 2007 - Inspeção Geral das Atividades em Saúde (IGAS)
Contexto de realização das auditorias	Realização de atividades de auditoria e fiscalização especializada no âmbito do Sistema Único de Saúde	Realização de atividades de auditoria, inspeção, fiscalização e ações disciplinares. Atuação nas entidades privadas
Informação disponível on-line	Página web disponível para consulta de informações, consulta de auditorias e publicações. SISAUD, disponível somente para os servidores do SNA, para acompanhamento e controle das informações das auditorias.	Duas páginas web disponível para consulta de informações, legislação e notícias: ACSS e IGAS Portal da Codificação Clínica e dos GDH Programa Auditor
Orientações e procedimentos	Manual de Orientações Técnicas sobre Auditoria na Assistência Ambulatorial e Hospitalar no SUS (2005) Manual de Auditoria do SUS: orientações básicas (2011)	Manual de Auditoria à Codificação Clínica e à Faturação do Contrato-Programa,

3 Casos de estudo

3.1 O Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina

3.1.1 Contexto Institucional

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) foi fundado em 02 de maio de 1980. Idealizado na perspectiva do ensino, pesquisa e extensão é hoje um órgão suplementar dentro da estrutura organizacional da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), diretamente vinculado ao Reitor da universidade.

Sua construção teve início em 1963 com a constituição da então Comissão de Implantação do Hospital de Clínicas restrita a categoria médica. Foi paralisada em 1971 e retomada somente em 1975 com a rearticulação da comissão de implantação, desta vez com uma composição multiprofissional. “Inicialmente instalaram-se os leitos da clínica médica e pediátrica com seus respectivos ambulatórios. Posteriormente foi ativado o Centro cirúrgico, a Clínica Cirúrgica I e a UTI Adulto e finalmente, em 1996, a Maternidade”. O atendimento no ambulatório se consolidou ao longo dos anos e permitiu ao hospital se reestruturar nos anos seguintes em quatro grandes áreas básicas: Clínica Médica, Cirúrgica, Pediatria e Tocoginecologia. Em 1995 foi implantada a Tocoginecologia, o Centro Obstétrico e as Unidades de Neonatologia (HU, UFSC 2012).

No ano de 2004 foi reconhecido como Hospital de Ensino com o credenciamento junto aos Ministérios da Educação e da Saúde. Qualificado como um Hospital Universitário tem servido de campo para o desenvolvimento de atividades de ensino para alunos de diversos cursos da Universidade Federal de Santa Catarina e de outras universidades do município da grande Florianópolis.

Localizado no campus universitário da Trindade, junto a UFSC, na cidade de Florianópolis, é um hospital público e de acesso totalmente gratuito aos cuidados de saúde, referência para o município de Florianópolis e para todo o estado de Santa Catarina/Brasil, abrangendo uma população estimada em seis milhões de pessoas¹⁵.

¹⁵ Segundo dados do censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população do município de Florianópolis é de 404.240 habitantes e dos 295 municípios do estado de Santa Catarina de 6.248.436 (IBGE 2013).

A estrutura física de cerca de 32.000 m² de área construída conta com um prédio central distribuído em blocos e três edifícios externos. No edifício central se localizam os 58 consultórios para atendimentos das consultas ambulatoriais, as unidades de internação, o serviço de emergência (adulto e pediátrico), o centro cirúrgico, a cirurgia ambulatorial, a terapia intensiva, a maternidade, os atendimentos de oncologia e quimioterapia ambulatorial, os laboratórios, a radiologia, o centro de tratamento dialítico, os serviços administrativos e a Direção Geral.

Nos prédios externos estão localizados a Divisão de Manutenção e Serviços Gerais, o Serviço de Farmácia, a Divisão Auxiliar de Pessoal e o Serviço de Capacitação Técnica, o Serviço de Educação Infantil, o Serviço de Hemoterapia, o Banco de Sangue e a Associação Amigos do Hospital Universitário, bem como alguns atendimentos do Serviço de Saúde Mental em um espaço anexo a Divisão Auxiliar de Pessoal¹⁶. Além disso, o hospital está integrado com as 23 Unidades de Saúde da Família que atendem a população do município de Florianópolis.

Com a capacidade instalada de 352 leitos hospitalares, dos quais 288 leitos estão ativos, oferece atendimentos clínicos e cirúrgicos em especialidades e subespecialidades da atenção básica, média e alta complexidade, as quais se encontram distribuídas por clínicas (anexo 1). Os Serviços de Alta Complexidade implantados atendem as especialidades de atenção ao portador de obesidade grave, cirurgia vascular, oncologia (cirurgia oncológica e oncohematologia), nefrologia, terapia nutricional, implante coclear, tratamento e reabilitação na saúde auditiva e endovascular, retirada de órgãos e tecidos e; transplantes de pele (queimados e feridas complexas), de Córnea/Esclera e de Fígado (HU, UFSC 2012) (HU, UFSC 2010).

Com relação à produção assistencial, no ano de 2012 foram realizados 1.521 partos, 8.927 internações, 116.779 consultas ambulatoriais, 82.617 atendimentos de emergência, 3.171 cirurgias realizadas no Centro Cirúrgico, 3.932 cirurgias realizadas no ambulatório, 663.192 exames laboratoriais, 47.022 exames de radiodiagnóstico e ultrassonografias, 3.614 seções de terapia renal substitutiva, 9.721 seções de quimioterapia, 24 implantes cocleares, 13 transplantes de fígado, 25 transplantes de córnea, 6 buscas de órgãos.

O quadro de pessoal conta com 1.828 colaboradores, dos quais 1.321 são servidores efetivos¹⁷, 365 funcionários de empresas terceirizadas e 142 contratados pela Fundação de

¹⁶ A Associação Amigos do Hospital Universitário é uma entidade sem fins lucrativos que existe a 12 anos e formada exclusivamente por voluntários que se dedica à assistência aos pacientes e acompanhantes, buscando proporcionar conforto e assistência humana e espiritual, além de desenvolver diversas atividades que buscam captar recursos para melhorias do HU/UFSC em suas necessidades. O atual Serviço de Educação Infantil foi inaugurado em 1990 como a creche do Hospital Universitário. Atende exclusivamente crianças de 3 meses a 6 anos de idade, cujos pais sejam servidores do HU/UFSC, funcionando em dois turnos (matutino e vespertino) www.hu.ufsc.br.

¹⁷ O servidor efetivo neste caso é a pessoa legalmente investida num cargo público e admitida através de concurso público de provas ou de provas e títulos (Brasil 1990).

Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária¹⁸. Destaca-se deste quantitativo 65% dos profissionais envolvidos diretamente com o atendimento ao paciente, um número significativo de assistentes administrativos (6%) e ainda; a grande parcela de funcionários terceirizados em sua maioria dos serviços de higienização, recepção, lavanderia, manutenção, informática, técnicos e auxiliares de radiologia, entre outros (HU, UFSC 2012).

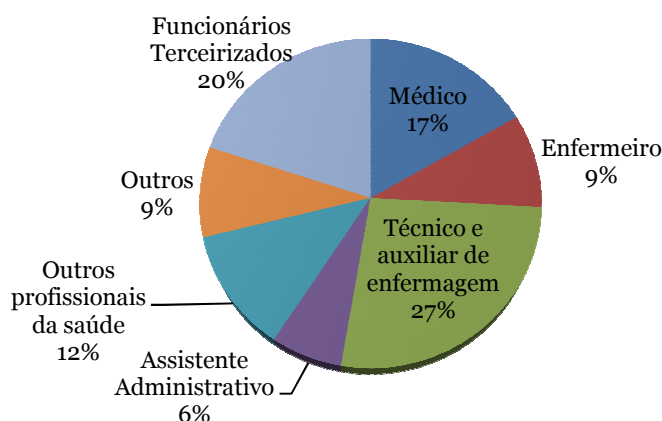


Figura 1: Distribuição de servidores públicos do HU/UFSC por grupo de profissionais

O modelo de gestão do HU/UFSC é participativo e colegiado, sendo constituído em sua estrutura orgânica por uma administração superior e setorial. A administração superior é composta Direção Geral, Vice-Direção, a Assistência da Direção e o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. A administração setorial compreende as quatro diretorias onde estão organizados funcionalmente os serviços oferecidos pelo hospital, sendo elas a Diretoria Administrativa, a Diretoria de Apoio Assistencial, a Diretoria de Medicina e a Diretoria de Enfermagem, cada uma delas estruturada em divisões, serviços e seções. Vinculado à administração superior, registra-se a existência do Conselho Diretor do hospital, de caráter deliberativo e consultivo, cuja constituição está mencionada no Regimento Interno do HU/UFSC elaborado no ano de 1992 e com nova composição definida em 2009. Embora este conselho seja atuante, inclusive com a menção de reuniões semestrais no Plano de Reestruturação do hospital, observa-se a ausência deste nos organogramas oficiais, bem como uma desatualização nos organogramas das diretorias em relação ao organograma geral do hospital (figura 2 e anexo 2).

¹⁸ A Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU) é uma pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, instituída pela UFSC que busca auxiliar a administração pública na superação de dificuldades burocráticas e dentre suas finalidades estão desenvolver, agilizar e facilitar programas e projetos de interesse da universidade <http://www.fapeu.org.br/hpverde/fapeu.html>.

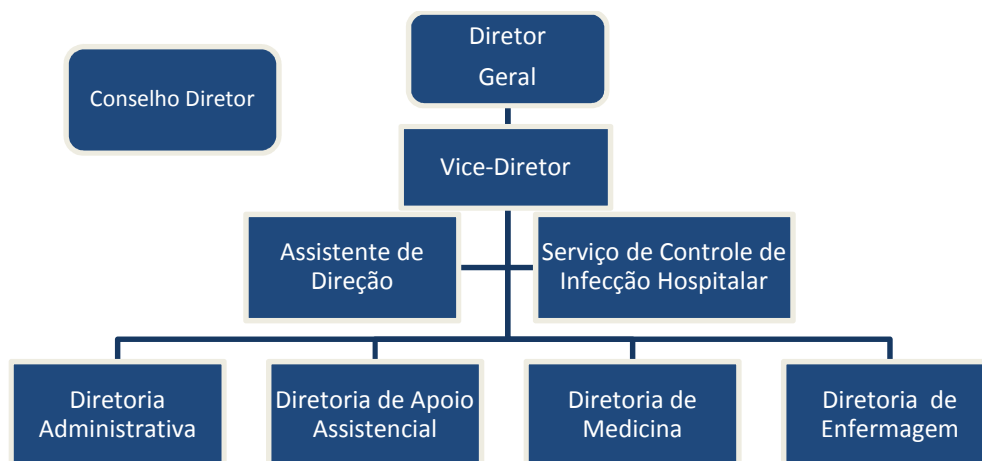


Figura 2: Organograma Geral do HU/UFSC

Quanto à informação produzida pelo hospital, cabe ressaltar que não há um arquivo central para a documentação produzida pelos serviços administrativos e a produção, organização, armazenamento e eliminação das tipologias documentais produzidas são feitas de acordo com os critérios de cada setor ou serviço. É de ressaltar porém que em alguns desses serviços, depois da contratação de duas arquivistas, os mesmos tem solicitado informações sobre a forma de guarda e eliminação ou observado a tabela de temporalidade da instituição. Há uma biblioteca que atende os acadêmicos da universidade, mas a mesma não é de responsabilidade do hospital, sendo vinculada ao Centro de Ciências da Saúde da universidade.

No que diz respeito aos registros clínicos dos atendimentos aos pacientes no hospital, estes podem ser encontrados nos prontuários dos pacientes, em suporte papel, sob a responsabilidade do Serviço de Prontuário do Paciente, em suporte eletrônico e em arquivos paralelos organizados ao longo dos anos por alguns serviços. A inexistência de um responsável ou de um serviço específico com atribuições para a gestão da informação clínica contribui para a dispersão desta informação. Estas questões serão analisadas com maior profundidade no próximo tópico.

3.1.2 A Gestão da Informação Clínica

Nas reuniões que antecederam a inauguração do HU/UFSC a então Comissão de Implantação do Hospital Universitário solicitou aos vários grupos de profissionais que a integravam que apresentassem propostas para o tipo de documentação que envolveria o registro dos atendimentos aos pacientes. O grupo de enfermagem apresentou uma proposta de um prontuário único para cada paciente com o modelo de “prontuário orientado para o

problema, preconizado por Weed¹⁹". Este modelo foi discutido e aprovado pelos coordenadores dos grupos de trabalho da comissão e implantado oficialmente desde a fase pré-inaugural, inicialmente para os ambulatórios e posteriormente na internação (HU, UFSC 1980).

Desde a adoção deste modelo, o HU/UFSC utiliza um prontuário único para cada paciente com muito poucas reformulações efetuadas ao longo dos anos, denominado no hospital de prontuário do paciente. A ideia inicial, ao optar por este prontuário, era que toda a informação clínica resultante do atendimento ao paciente estivesse nele inserida. Há que se ressaltar, no entanto, que devido ao aumento da demanda hospitalar, novos formulários e documentos foram sendo elaborados por outros serviços do hospital sem que houvesse iniciativas para a normalização e a padronização dos registros, ocasionando, atualmente, muitas dificuldades quanto aos documentos que fazem parte do prontuário e com a sua organização. Somadas a estas dificuldades existem outros problemas enfrentados pelo serviço responsável pelo prontuário do paciente, como o grande volume de documentação em suporte papel sem tratamento adequado, ocasionando mais de um espaço físico para o armazenamento dos prontuários dispersos pelo hospital, além da má qualidade nos que existem.

O Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), criado em 1980 como o Serviço de Arquivo Médico e Estatística, é vinculado na estrutura organizacional à Diretoria de Apoio Assistencial. Ao SPP cabem às atividades de organização e tratamento dos documentos do prontuário do paciente, dos documentos originados pelos atendimentos de emergência, o apoio à investigação, a identificação e a admissão dos pacientes, bem como a gestão de consultas externas. A estrutura interna está organizada em Recepção da Emergência (Adulto e Pediátrica), Internações, Gestão de Consultas e Seção de Arquivo e Estatística (figura 3), funcionando no horário das 07h00 as 19h00, nos turnos, matutino e vespertino, de segunda a sexta-feira. Com excessão da recepção da emergência, todos os setores estão localizados no mesmo espaço, considerado pequeno e inadequado, o que além de causar dificuldades diárias contribui para a morosidade das atividades desenvolvidas.

No que se refere aos recursos humanos destaca-se a existência de 29 funcionários em sua maioria assistentes administrativos, além de um estagiário e de um profissional de nível superior, graduado em Arquivologia. Destes, nove estão vinculados ao Arquivo de Prontuário do Paciente, dois a estatística e dois a preparação da agenda de consultas; oito na gestão de consultas e a abertura de prontuário; dois na internação e quatro a recepção de emergência.

¹⁹ No prontuário orientado para o problema, segundo Weed, "o paciente possui um prontuário no qual todas as observações e dados estão correlacionados com seus problemas específicos. Cada problema é visto em relação a todos os seus outros problemas". Segundo este método, no primeiro atendimento são coletados os dados iniciais e necessários ao atendimento e, nos atendimentos posteriores, os demais profissionais vão complementando as informações (HU, UFSC 1980).

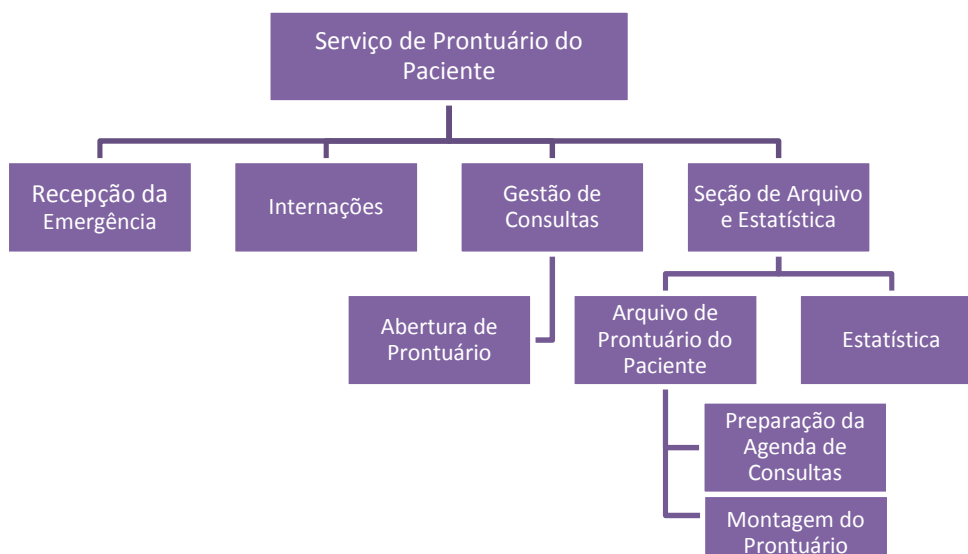


Figura 3: Estrutura interna do Serviço de Prontuário do Paciente do HU/UFSC

No que diz respeito a estrutura interna do SPP, há a necessidade de reformulações internas, evidenciada também quanto a gestão dos registros clínicos, a revisão dos processos de trabalho e a gestão de pessoal. A Direção Geral do HU/UFSC, no plano de reestruturação do hospital menciona a necessidade de revisão dos processos de gestão institucional, gestão de pessoal, gestão financeira e tecnologia da informação e; readequar a estrutura organizacional da instituição, defasada em função da ampliação da estrutura funcional e dos serviços ofertados. Nesse sentido, está previsto a readequação do SPP em dois serviços distintos e independentes: o Serviço de Prontuário do Paciente, com a vinculação da Seção de Estatística e o Serviço de Agendamento e Admissão de Pacientes com a Seção de Agendamento e a Seção de Admissão de Pacientes (HU, UFSC 2010).

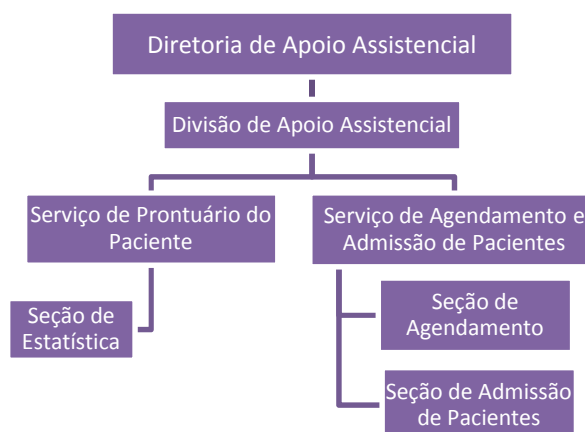


Figura 4: Estrutura prevista para o SPP do HU/UFSC proposta pela Direção Geral em 2010

A entrada do paciente no hospital está ligada diretamente as atividades do SPP, nas seções de Internação, Recepção de Emergência e agendamento de consultas. O paciente é atendido em uma consulta previamente agendada ou em uma consulta de emergência e conforme a complexidade do caso, ser liberado ou ser internado para tratamento. O registro do atendimento é feito no prontuário do paciente ou nas fichas de atendimento de emergência. Neste ultimo caso, as fichas de atendimento (adulto e pediátrica) são arquivadas separadas do prontuário, acondicionadas em caixa arquivo, em ordem cronológica e por clínica de atendimento (Pediatria, Maternidade, Cirúrgica e Médica). As caixas são identificadas pelo ano, por clínica de atendimento e pelas datas limite pela recepção da emergência, encaminhadas ao setor financeiro que após o faturamento as devolve para serem arquivadas.

No sentido de auxiliar a controlar os fluxos de movimentação tanto das fichas de emergência como dos prontuários é utilizado o Sistema de Administração Hospitalar (SAH), desenvolvido pelo Serviço de Informática. Este aplicativo é usado em todo o hospital através de acessos disponíveis em sua tela inicial (figura 5) com a atribuição de senhas definidas com as chefias dos serviços, onde é possível efetuar procedimentos administrativos, financeiros e de custos e; registrar atendimentos realizados com os pacientes. Segundo o analista responsável pelo desenvolvimento do aplicativo, o mesmo foi projetado na época de implantação, para atender as solicitações da gestão do hospital e dos profissionais envolvidos. Salaria, no entanto, que com a implantação do AGHU, prevista para 2013, algumas das funcionalidades do SAH serão perdidas, mas que compensarão no final, já que o AGHU possui a proposta de implantação futura do prontuário eletrônico. Ressalta, porém, que este novo aplicativo trará mudanças na cultura institucional e nos protocolos de atendimento no HU/UFSC, como por exemplo, nos atendimentos por hora marcada e que hoje são feitos por ordem de chegada do paciente, do registro das atividades realizadas e na atualização dos dados cadastrais dos pacientes.

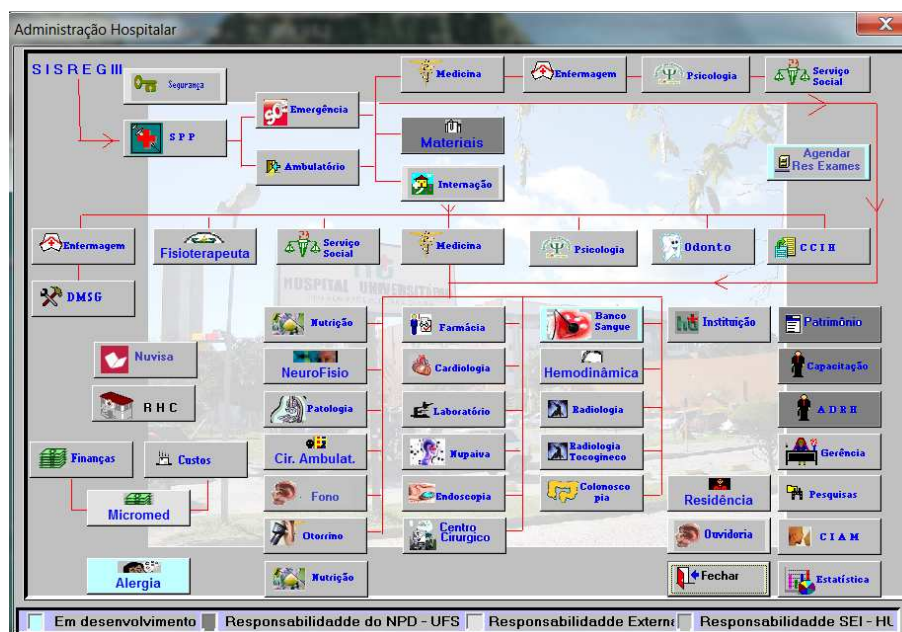


Figura 5: Tela inicial do Sistema de Administração Hospitalar do HU/UFSC

No que se refere às internações elas podem ser programadas ou de urgência e o registro destas é feito no SAH. Embora o sistema permita visualizar a clínica e o leito que está disponível, o funcionário que estiver realizando a admissão do paciente possui a orientação de ligar para a unidade de internação²⁰ para confirmar esta informação. Além disso, é possível registrar a justificativa de internação, solicitar procedimentos especiais ou mudança de procedimentos, mas todos os documentos são impressos e anexados ao prontuário. A tabela três relaciona as atividades realizadas na Admissão e Internação dos pacientes previamente agendados, ou seja, nas internações programadas e o diagrama da figura seis²¹ o fluxo da internação quando a admissão do paciente é feita pela emergência. Cabe ainda destacar que quando a internação ocorre em horário de expediente, durante a semana, a mesma é realizada pela seção de Internação do SPP. Quando acontece a noite, em finais de semana e feriados, é realizada pela Recepção do Serviço de emergência.

²⁰ As unidades de internação referidas para a internação dos pacientes no HU/UFSC são: UIC I (Unidade de Internação Cirúrgica I), UIC II (Unidade de Internação Cirúrgica II), UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), CC (Centro Cirúrgico), CM (Clínica Médica I), CM II (Clínica Médica II), CM III (Clínica Médica III), CO (Centro obstétrico), AC MG (Alojamento Conjunto) para recém-nascidos, GNC (Ginecologia), UIP (Unidade de Internação Pediátrica), UTI NEO (Unidade de Tratamento Intensivo da Neonatologia) e EMG (Emergência).

²¹ Com relação aos diagramas utilizados neste trabalho para mapear as atividades e funções relativas à gestão da informação clínica e as auditorias o anexo 9 relaciona os símbolos utilizados.

Tabela 3: Atividades da Admissão e Internação programada de pacientes do HU/UFSC

Admissão e Internação Programada do Paciente	
Setores envolvidos: Seção de Internação do SPP	
Divisão de Pacientes Externos da Diretoria de Enfermagem	
• Receber o paciente com Autorização de Internação Hospitalar²² (AIH) e demais documentos de internação; • Verificar qual a clínica de internação; • Ligar para a Unidade de internação e verificar a liberação do leito; • Após o leito liberado, realizar o registro de internação no Sistema de Administração Hospitalar do HU/UFSC; • Imprimir formulários e documentos; • Solicitar que o paciente ou o responsável assine os termos de responsabilidade; • Verificar a localização do prontuário e retirá-lo onde estiver; • Separar/reter a via original da AIH para o setor de regulação; • Anexar a documentação de internação ao prontuário • Solicitar a Divisão de Pacientes Externos que busque o paciente para levá-lo a unidade de internação.	

Quando o paciente recebe alta hospitalar o prontuário é enviado pela Unidade de Internação onde este esteve internado ao Setor de Regulação de AIH, que o envia ao Serviço Financeiro para faturamento e posteriormente ao Arquivo de Prontuários do SPP para ser arquivado (figura 7). A entrada do prontuário no arquivo depende não só do tempo que este fica no serviço de montagem para ser organizado ou do tempo que a seção de estatística demora em lançar a codificação efetuada, mas de fatores que serão aprofundados no tópico referente às auditorias, como o tempo que a AIH demora a ser autorizada ou de problemas de codificação a espera dos médicos para corrigir e revisar.

²² Nos hospitais vinculados ao SUS a AIH é o documento que identifica o paciente e os serviços prestados na internação hospitalar e é através deste documento que os hospitais recebem pelos serviços prestados. Na internação do paciente, o Laudo médico para emissão de AIH é o documento por meio do qual a solicitação de internação é feita. Conforme o caso é anexado a estes o Laudo Médico para solicitação de Procedimentos Especiais.

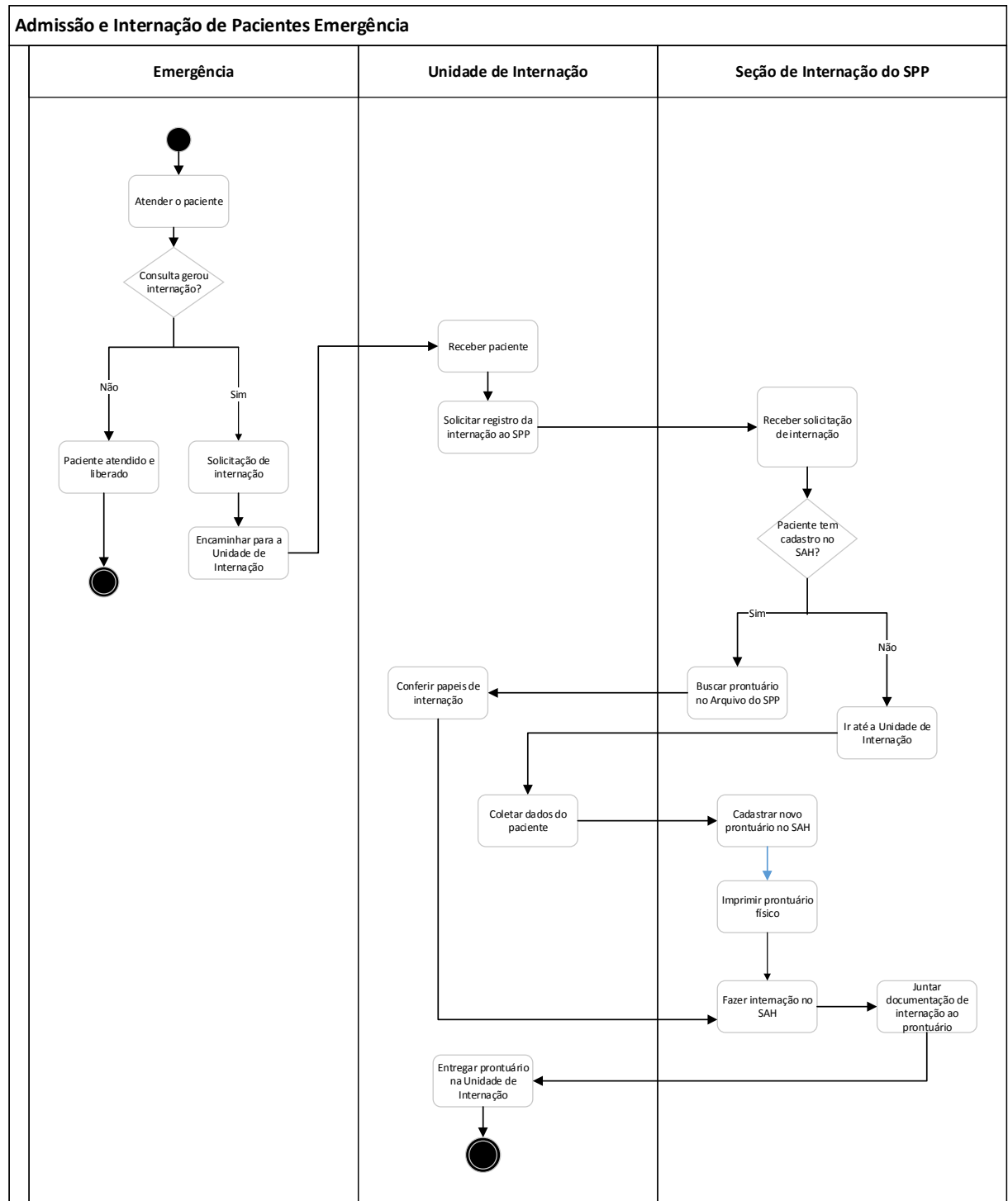


Figura 6: Diagrama da Admissão e Internação de pacientes na Emergência do HU/UFSC

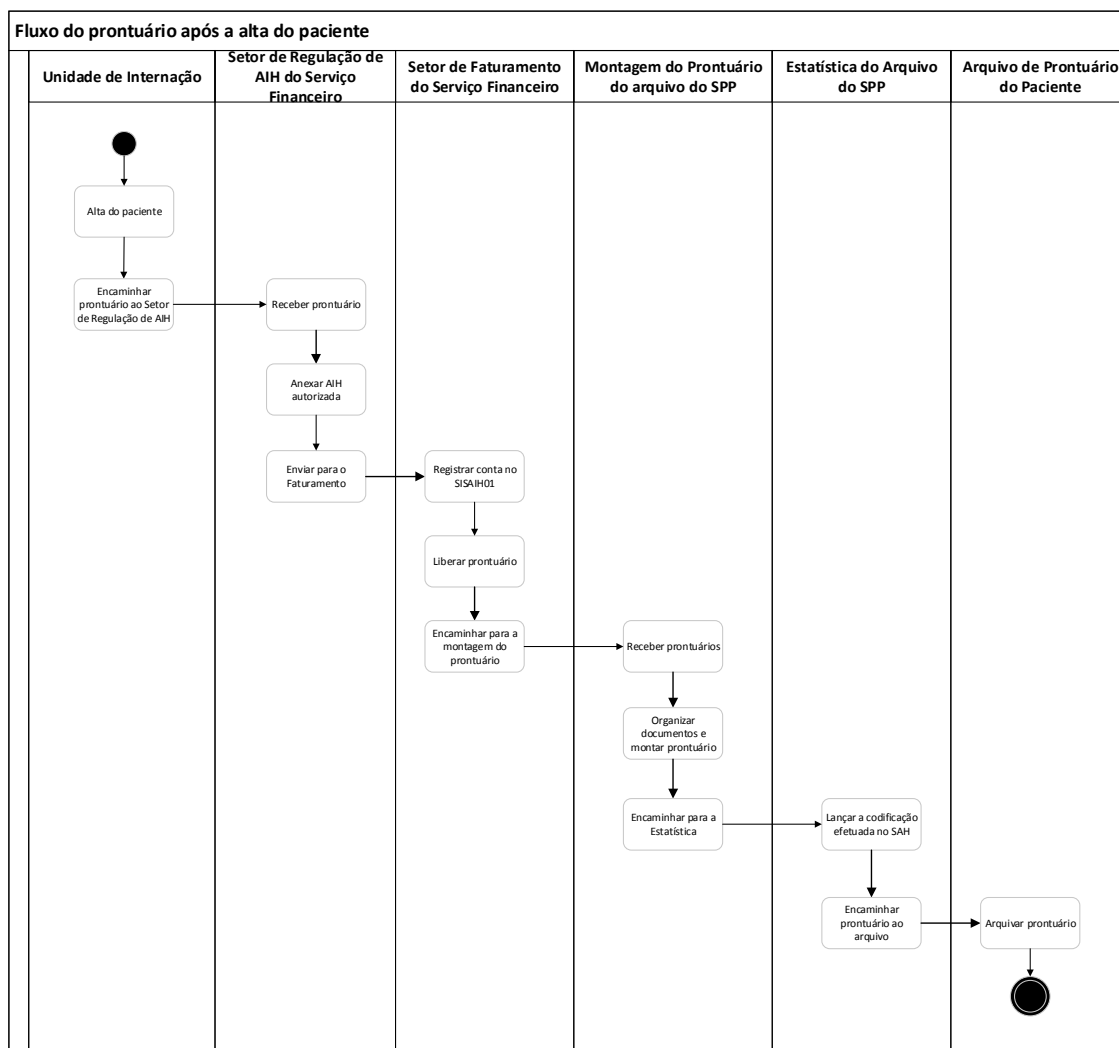


Figura 7: Diagrama do fluxo do prontuário após alta hospitalar do paciente no HU/UFSC

A gestão de consultas é responsável por todas as marcações de consultas internas e externas dos pacientes atendidos no HU/UFSC e a abertura dos prontuários de pacientes atendidos pela primeira vez no hospital, ou seja, a identificação dos pacientes. Por se tratar de um hospital de ensino com Residência Médica em clínica médica, ginecologia e pediatria o hospital oferece consultas nestas áreas, marcadas diretamente pelo SPP pelo SAH. As consultas e retornos de especialidades de média complexidade foram pactuadas e repassadas pelo hospital à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, que possui as especialidades e o número de consultas por profissional e por dia de atendimento, revistos sempre que há necessidade. A Central de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde recebe os pedidos de consultas das Unidades de Saúde da Família do município e após a triagem interna do serviço as consultas são marcadas através do SISREG²³, gerando um arquivo que é importado todos

²³ O SISREG (Sistema Nacional de Regulação) é um sistema on-line, disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento de toda a regulação na assistência a saúde, desde a rede básica à internação hospitalar, tendo em vista à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização dos recursos, além de integrar as áreas de avaliação, controle e auditoria http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=36608&janela=2.

o número de identificação, o nome do paciente e o código de barras. A folha de identificação do paciente é acrescentada aos demais documentos em branco, que compõem o prontuário: a lista de problemas, o histórico de saúde e a evolução do paciente. Destaca-se no ano de 2012 o cadastro de 32.336 pacientes, equivalendo a uma média mensal de 1.200 prontuários novos em suporte papel inseridos no arquivo de prontuários de pacientes.

A interface de cadastro de pacientes apresenta os seguintes campos e elementos:

- Campos de Entrada:**
 - Núm. Paciente: [campo]
 - Nascimento: [campo]
 - CNS: [campo]
 - Nome: [campo]
 - Sexo: [dropdown]
 - Ultimo Nome: [campo]
 - Nome Social: [campo]
 - Religião: [dropdown]
 - Raça: [dropdown]
 - País: [dropdown]
 - UF: [dropdown]
 - Natural: [dropdown]
 - Escolaridade: [dropdown]
 - Tipo de Paciente: ☐ Comunidade Ge ☐ Funcionári ☐ Alunos Estado Civil: [dropdown]
 - Profissão: [dropdown]
 - Mãe: [campo]
 - Fone Mãe: [campo]
 - Pai: [campo]
 - Fone Pai: [campo]
 - Req/Livro/Folha: [campo]
 - Cpf: [campo]
 - N. vias: [campo]
 - Identidade: [campo]
 - Orgão: [campo]
 - Dt. Exp.: [campo]
 - Endereço: [campo]
 - Volume: [campo]
 - Complemento: [campo]
 - Cidade/UF: [dropdown]
 - Urbaniz.: ☐ Urbane ☐ Rural
 - Cep: [campo]
 - Bairro: [dropdown]
 - Pesquisa CEP
 - Email paciente: [campo]
 - End. Exterior
 - Fone Resid.: [campo]
 - Responsável: [campo]
 - Fone Comer.: [campo]
 - Tp Documento: [dropdown]
- Botões de Ação:** Incluir, Alterar, Excluir, Limpar, Consultar, Pesquisar, Consultar, Imprimir, Alterar Agenda, Fechar.
- Barra de Status:**
 - Dados Extraído de Documento: ☐ Sim ☐ Não
 - Localização: ☒ Habilitar Inclusão ☐ Informar paciente da necessidade de ter o CNS ☐ Não Informar paciente da necessidade de ter o CI
 - Ver dados no SUS
 - P. Agenda
 - Dt Abertura / Atualização: 20-12-2012 / 20/12/2012

Figura 9: Cadastro e identificação do paciente no SAH do HU/UFSC

Com relação à identificação do paciente no SAH, o funcionário designado para realizar esta tarefa possui a orientação de conferir na base de dados do sistema se o paciente não possui um cadastro antigo, conferindo dados como data de nascimento e nome da mãe, por exemplo. Caso seja encontrado um prontuário anterior, com dados desatualizados, é possível substituir o número do paciente na agenda do profissional através do SAH, atualizando-se os dados do prontuário anterior do paciente. O sistema envia automaticamente a solicitação ao arquivo, para que prontuário seja retirado do arquivo e entregue no respectivo ambulatório. Cabe destacar que mesmo com esta orientação, a qual é estendida aos recepcionistas dos ambulatórios, registram-se casos de pacientes com mais de um prontuário, fato que causa transtornos para a unificação dos mesmos, já que podem existir exames relacionados e nestes casos é necessário envolver outros serviços para a transferência das informações para um único registro. Registram-se ainda constrangimentos como (i) a não atualização dos dados cadastrais dos pacientes no SAH; (ii) a atualização do cadastro do paciente, não sendo a folha de identificação impressa muitas vezes não é anexada ao prontuário ou perdida; (iii) o código de barras que consta na etiqueta de identificação, na capa do prontuário, não ser utilizado por problemas na leitura ótica impressa na etiqueta de

identificação ou pela falta de leitoras e; (iv) os tumultos, filas de espera e atrasos nos atendimentos pela realização dos cadastros novos nos turnos de atendimentos da consulta. É importante destacar, no entanto, que muitos dos constrangimentos acima relatados se dão por falta de orientações normatizadas pelo hospital ou pelo SPP, já que as mesmas são somente verbais.

O arquivo de prontuário do paciente possui cinco espaços de arquivamento distribuídos pelo hospital, conhecidos por arquivo ativo, arquivo passivo e arquivo de óbitos, cuja designação se deu mais pela organização dos espaços de trabalho do que pela tipologia dos prontuários dos pacientes arquivados em cada um dos espaços. O arquivo de óbitos é onde estão arquivados os prontuários de pacientes falecidos e as fichas de atendimento de emergência. Os espaços destinados ao arquivo passivo é onde estão arquivados os prontuários de pacientes sem atendimento no hospital há mais de 15 e 6 anos, respectivamente sendo que a alocação dos prontuários nestes espaços ocorreu em dois momentos separados ao longo dos anos por falta de espaço físico no arquivo ativo. Nos últimos três anos, entretanto, houve a preocupação em reorganizar os prontuários dos pacientes e, conseqüentemente, a informação clínica produzida no hospital, devido à consciência da importância deste patrimônio informacional para a continuidade e melhor atenção aos pacientes, para melhorar as condições de trabalho dos servidores deste serviço e aprimorar a gestão da informação institucional. Realizou-se um projeto para a construção de um novo prédio para alocar as atividades do Arquivo de Prontuário do Paciente, onde seriam organizados todos os arquivos atualmente dispersos pelo hospital. Entretanto, embora este projeto tenha sido estudado e analisado detalhadamente pela instituição, sua continuidade depende da resolução de complicações burocráticas. Cabe salientar, no entanto, que além da reorganização do espaço físico uma gestão efetiva da informação clínica no hospital depende também da definição de regras e procedimentos de trabalho.

A organização do prontuário em todos dos espaços destinados ao arquivo é feita em estantes abertas, numeradas de 00 a 99 e os prontuários são organizados em Z nas prateleiras. Esta organização leva em conta a numeração do prontuário do paciente, baseada no método dígito terminal²⁵. A título de exemplificação o prontuário número 335.000 é lido no arquivo como 33 50 00 e a localização considera, da esquerda para a direita, o 00 como a estante onde está localizado, o 50 como a prateleira na estante e o 33 a ordenação do prontuário na prateleira. O arquivo possui atualmente 507.000 prontuários em suporte

²⁵ Muito utilizado no Brasil em instituições de grande porte como bancos, hospitais e companhia de seguros, surgiu da necessidade de reduzir erros no arquivamento de grandes volumes de documentos onde o elemento principal de identificação é o número. Os documentos são numerados em ordem sequencial, mas o que caracteriza o método é a leitura: os números são dispostos em três grupos de dois dígitos cada um, formando pares e lidos da direita para a esquerda (Paes 1997).

papel, muitos com mais de um volume e registra a movimentação mensal de 15.000 prontuários de pacientes para consultas ambulatoriais, internações e pesquisas científicas.

Além da equipe de trabalho do arquivo a organização interna conta com equipes de trabalho que realizam a preparação da agenda de consultas de ambulatório, a montagem dos prontuários e a estatística hospitalar, onde são lançadas as informações da codificação no SAH. A agenda das consultas ambulatoriais²⁶ é preparada com 24 horas de antecedência do atendimento ao paciente, separada por ambulatório identificando os prontuários localizados ou não e registrando esta informação no SAH (figura 10). Cabe salientar que equipe da preparação da agenda somente retira os prontuários do arquivo ativo sendo que os prontuários de pacientes que estão no arquivo passivo, no setor financeiro ou em outros serviços do hospital ficam relacionados no SAH como não localizados. Ao final de cada turno de serviço, os servidores do arquivo imprimem esta listagem e localizam o prontuário, os quais ficam separados da agenda de consultas e são entregues no dia posterior nos ambulatórios. Além disso, ocorrem diariamente encaixes de consultas pelos ambulatórios. A solicitação é feita pela recepção dos ambulatórios no SAH e o alerta enviado através do sistema ao arquivo, o qual separa os prontuários, registra o envio no SAH e faz a entrega no ambulatório (figura 11). Como toda a movimentação de prontuários é feita através do sistema informático não existe outro controle além deste para a saída ou a entrada dos prontuários. Como estes registros são feitos somente no sistema a eventual ausência de um prontuário só é detectada quando este for solicitado novamente, causando algumas dificuldades na sua localização, pois os mesmos podem ter ficado com os profissionais por algum motivo.

A agenda de consultas do dia retorna com os prontuários ao arquivo com a codificação, assinatura e carimbo do profissional responsável pelo atendimento e, embora possua um campo destinado à assinatura de recepção e devolução dos prontuários este procedimento não é realizado, ou seja, os prontuários não são conferidos na devolução. A agenda de consultas é recolhida pela equipe de estatística que registra a codificação no SAH, sendo utilizada na recuperação da informação clínica, dados estatísticos e investigações. Cabe ainda à seção de estatística (i) a elaboração de relatórios mensais com dados estatísticos e indicadores hospitalares; (ii) o apoio a investigadores, professores, alunos e corpo clínico do hospital através da localização no SAH das patologias para investigação e na impressão das listagens de prontuários relacionados; (iii) receber os prontuários de pacientes internados da equipe de montagem, (iv) lançar a codificação da internação efetuada pelos profissionais no SAH e, (v) enviar os prontuários ao arquivo.

²⁶ A agenda de consultas de ambulatório contém a clínica e o nome do profissional, o turno e a data de atendimento, o nome e o número de identificação do paciente e o espaço destinado ao diagnóstico médico, onde é feita a codificação da consulta pelo CID 10.

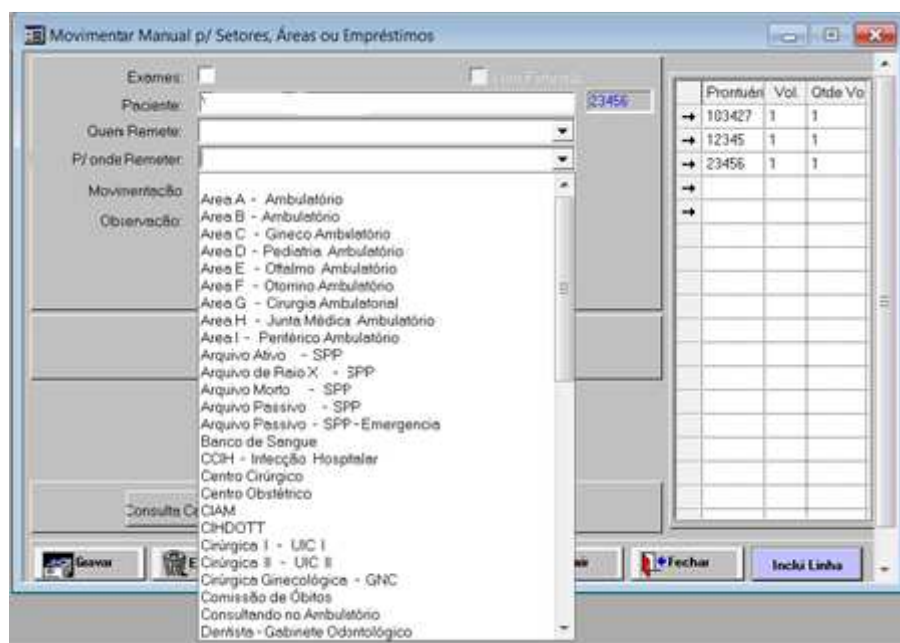


Figura 10: Movimentação de prontuários no SAH do HU/UFSC

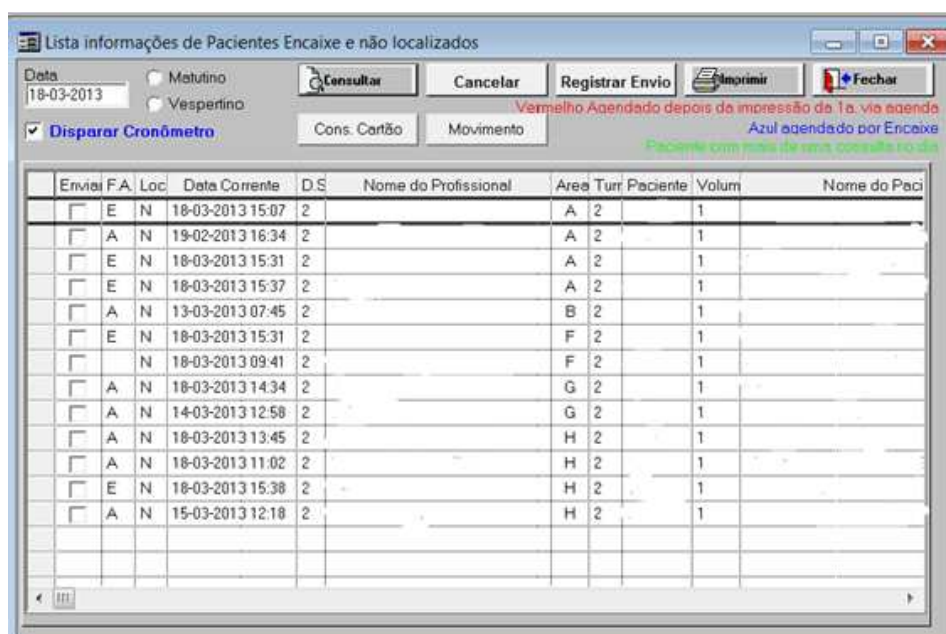


Figura 11: Prontuários para localização pelo Arquivo de Prontuário do Paciente do HU/UFSC

Quanto à organização do prontuário, este está internamente separado em atendimentos ambulatoriais (1ª parte) e internação (2ª parte). A ordem de montagem dos documentos no prontuário obedece a uma listagem organizada desde a inauguração do hospital, que ao longo dos anos não foi revista, sendo somente acrescentados documentos novos conforme estes vão surgindo (anexo 3). A organização da primeira parte, dos atendimentos ambulatoriais, é feita pelo arquivo de prontuários e pela equipe de preparação da agenda. Esta última, devido à prioridade de separar os prontuários das agendas, nem

sempre consegue organizar e fixar as folhas soltas dos atendimentos anteriores. Com relação ao arquivo, além da entrega e arquivamento dos prontuários, os mesmos funcionários possuem as funções de atender as solicitações de encaixes de prontuários para consultas, atender as solicitações de pesquisas e usuários externos e realizar as tarefas administrativas. Tal fato, acrescido à falta de atribuições de tarefas individualmente, gera problemas e dificuldades na organização, tanto do trabalho interno como do prontuário, sendo que a organização interna das tipologias documentais pela equipe de trabalho do arquivo quase nunca é realizada.

As consultas ambulatoriais, no geral, são registradas de forma manuscrita na evolução do paciente. Como o prontuário nem sempre é organizado, é comum este documento retornar solto dentro do prontuário junto a outros documentos gerados pelo atendimento. Somam-se a isto outras tipologias documentais que são enviados ao arquivo para serem anexados ao prontuário e que poucas vezes são organizadas, como alguns exames de análises clínicas e de anatomia patológica que, por determinações internas são impressos e anexados ao prontuário e; os espelhos de AIH, enviadas ao arquivo depois do prontuário já ter sido organizado fisicamente. Com relação aos espelhos de AIH, o arquivo registra um acúmulo de caixas arquivo com esta tipologia documental que não foram arquivadas ao longo dos anos.

Cabe ainda destacar a questão dos exames recebidos do serviço de radiologia como ecografias, mamografias, tomografias e radiografias que não foram retirados pelos pacientes externos ou que não foram entregues no momento da alta ao paciente. Mesmo existindo um espaço separado no arquivo ativo para tais exames, há o acúmulo de muitos anos em outros espaços do hospital, sem o tratamento e a conservação adequada. Mesmo com a procura esporádica de acesso a tais exames, a mesma só é realizada nos mais recentes, localizados no arquivo ativo, devido à falta de organização dos exames mais antigos, os quais se encontram mal acondicionados e conservados.

Na segunda parte, referente à organização das tipologias documentais da internação, cada uma destas é separada por uma guia de internação, de cor diferente à do prontuário, em ordem cronológica, estando sempre a última em primeiro lugar, sendo que para organizar os documentos referentes à internação é preciso retirar toda a parte correspondente aos atendimentos ambulatoriais. É comum, ainda, a equipe de montagem receber documentos de uma internação depois que o prontuário já foi enviado ao arquivo ou então, encontrar documentos misturados de um ou dois pacientes no mesmo prontuário.

Com relação às tipologias documentais que compõem o prontuário há que se ressaltar que não há uma padronização definida para produção de novos documentos, sendo comum se registrar o aparecimento de novas tipologias documentais. Esta falta de normalização evidencia-se logo nas capas dos prontuários e guias de internação, não padronizadas e que ao

longo dos anos foram ganhando cores diferentes. Nesse sentido, realizou-se um levantamento dos documentos impressos e disponíveis no almoxarifado do HU/UFSC no qual se percebeu um número considerável de tipologias documentais similares (ver tabela do anexo 4). Muitas destas tipologias servem a mesma função, com o conteúdo e utilização muito parecidos só diferindo o serviço e a unidade. Notam-se ainda algumas tipologias documentais sem padronização na identificação do hospital ou do serviço onde são usadas.

Há que se destacar ainda que embora o HU/UFSC não possua prontuário eletrônico é possível registrar informação clínica em formato eletrônico, no SAH. É o caso, por exemplo, do cadastro e a identificação do paciente, das prescrições médicas e de enfermagem, da evolução do paciente, da solicitação de medicamentos e dos exames de análises clínicas. Como o sistema não possui certificação e assinatura digital para garantir os requisitos de segurança e autenticidade necessários, todas estas tipologias documentais são impressas, carimbadas e assinadas pelo profissional e anexadas ao prontuário. Embora este seja um fator importante no que diz respeito à transição para os registros em formato eletrônico, causa dificuldades no que diz respeito ao volume de documentos em suporte papel que vão sendo anexados ao prontuário. Esta situação se agrava nas internações, onde para cada prescrição é impressa uma folha A4, na maioria das vezes utilizada pela metade e com o verso em branco.

Com relação ao cadastro e à identificação do paciente observa-se que não há registro de outro método de busca de prontuários no arquivo, a não ser o indireto, ou seja, é preciso saber dados básicos do paciente e realizar a busca no sistema para a localização do número do prontuário. Esta situação causa alguma preocupação pelo fato de que se houver algum problema temporário no SAH e o paciente ou profissional que necessita de determinado prontuário não souber informar o número do prontuário, o mesmo não será localizado.

Além das dificuldades mencionadas no que diz respeito aos prontuários dos pacientes, registra-se no HU/UFSC a existência de arquivos de registros clínicos paralelos com seus próprios métodos de arquivamento. Em contato por correio eletrônico com todos os serviços do hospital, somente se obteve resposta de sete, dos quais dois mencionaram a existência de arquivos separados de registros clínicos de pacientes. A Fonoaudiologia registra a existência de 8.000 prontuários próprios do serviço, arquivados em ordem alfabética pelo nome do paciente, em suporte papel; bem como o uso de um aplicativo informático sem ligação com o SAH e utilizado no programa de Saúde Auditiva. Considera, ainda, que a organização física e interna dos documentos nestes prontuários é ruim. O Serviço de Tocoginecologia mencionou que possui 5.000 documentos com informações dos partos que acontecem no hospital, arquivados no setor por ordem numérica, cujos dados são digitados em um programa próprio e utilizados para trabalhos de conclusão de curso, pesquisas e relatórios pelos profissionais e

alunos com vínculo na maternidade do hospital. Este serviço também mencionou que dois médicos fazem a revisão destes documentos com base nas informações do prontuário, antes do mesmo ser enviado ao Setor de Regulação da AIH no momento de alta da paciente. Estes profissionais revisores consideram que os dados dos partos realizados no hospital e disponíveis neste banco de dados próprio somente são confiáveis depois desta revisão.

Neste mesmo email solicitou-se que os serviços mencionassem sua impressão sobre a organização interna do prontuário do paciente e dos serviços prestados pelo Serviço de Prontuário do Paciente, apontando a análise para os seguintes resultados:

- Todas as respostas mencionaram que a organização interna do prontuário é considerada ruim e que isso dificulta o acesso à informação dos pacientes e influência a forma como o atendimento é prestado.
- Na entrega de prontuários para consultas e internações 72% das respostas considerou o serviço bom, mas com necessidade de melhorar. Um dos serviços mencionou que em alguns casos o paciente interna sem prontuário sendo necessário solicitar o mesmo várias vezes para que seja entregue.
- No que se refere ao acesso ao prontuário para pesquisas e investigações, as respostas mencionaram a necessidade de melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo SPP.
- Algumas sugestões foram apontadas, tais como: (a) melhorar a forma como o prontuário é entregue nos ambulatorios, pois às vezes a demora na consulta se deve ao fato do prontuário não ter sido entregue; (b) melhorar a confiabilidade das informações e do conteúdo dos prontuários; (c) organizar o conteúdo do processo uma vez que se registra frequentemente o desaparecimento do registro de consultas, em função das folhas soltas do prontuário; (d) investir na implantação do prontuário eletrônico com todos os requisitos de segurança de acordo com as normas nacionais e internacionais.

Embora parcial, o levantamento das tipologias documentais impressas e dos arquivos paralelos nos serviços no HU/UFSC aponta para uma dispersão de registros clínicos, constatando-se a falta de controle e de normatização na produção e padronização de documentos no hospital. A análise assinala a necessidade de se avaliar todos os documentos existentes no hospital, em todos os formatos, e propor uma nova organização para o prontuário do paciente, considerando-se o novo sistema que será implantado e suas funcionalidades, o AGHU. A resposta dos serviços quanto aos arquivos paralelos sinaliza a existência de registros clínicos paralelos ao prontuário e aplicativos próprios de alguns departamentos sendo necessário um levantamento completo, bem como a organização e a integração desta informação com a do prontuário do paciente.

Com o intuito de melhorar a informação clínica produzida no hospital, algumas iniciativas foram realizadas. A Diretoria de Enfermagem criou uma comissão para padronizar

os documentos de enfermagem, mas os trabalhos não prosseguiram e se encontra desativada no momento. A Comissão de Documentação Médica e Estatística e a Comissão de Revisão de Prontuários²⁷ iniciaram estudos para tratar da dispersão dos registros clínicos e melhorar a organização do prontuário do paciente, mas a continuidade destes trabalhos nas duas comissões não obteve sucesso e encontra-se atualmente desativado.

O acesso à informação clínica dos prontuários dos pacientes por usuários externos e internos do hospital e para investigação científica também faz parte das atividades de apoio desempenhadas pelo arquivo de prontuário do paciente. No que diz respeito ao acesso aos prontuários dos pacientes para investigação, este é liberado para profissionais e acadêmicos que possuem relação direta com o atendimento ao paciente no HU/UFSC. Nos demais casos, os servidores do arquivo encaminham o pesquisador ou a solicitação à Direção Geral. Não existem regras formais para o acesso à informação contida nos prontuários, as formas de solicitação de prontuários e o manuseio e pesquisa pelos investigadores. As orientações são somente orais, passadas de funcionário para funcionário ao longo dos anos.

Conforme já mencionado, a seção de estatística possui acesso à base de dados do hospital e através do SAH auxilia os investigadores na recuperação da informação sobre determinadas doenças ou patologias, relacionado-os com os prontuários dos pacientes. No entanto, não há um controle adequado no que diz respeito às solicitações destes prontuários no arquivo, já que não há um responsável para atender estas solicitações. As mesmas são feitas diretamente no arquivo com o funcionário que estiver disponível, que agenda a entrega do pedido conforme a disponibilidade de seu turno de atendimento e baseado numa listagem manuscrita existente no serviço.

O único documento formal para as solicitações de prontuários para pesquisa é feito em um formulário impresso utilizado há muito tempo no hospital (anexo 5). Os prontuários depois de separados e registrados no SAH são disponibilizados em uma sala anexa ao arquivo onde a pesquisa pode ser realizada. Algumas informações sobre o manuseio e a forma de solicitação dos prontuários estão disponíveis no próprio documento onde os prontuários são solicitados e embora conste o nome da pesquisa, muitas vezes o parecer e a autorização para a realização desta apresentada no comitê de ética não é apresentada. No caso de estudantes e acadêmicos da UFSC, a autorização para solicitação deve ser autorizada por um médico, professor ou responsável. O número da pesquisa relacionado no formulário é somente um número interno, atribuído pelo próprio arquivo, conforme a listagem já mencionada e que é informado no SAH.

²⁷ A criação destas comissões nos hospitais atende a Portaria Interministerial nº 2400/2007, de 02 de outubro, dos Ministérios da Educação e da Saúde, a qual estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino; sendo que nas inspeções dos ministérios mencionados, a atuação destas comissões precisa ser comprovada. A obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Prontuários também está prevista na Resolução CFM nº 1.638/2002.

Como não há uma normatização por escrito sobre o acesso a investigação e como o espaço destinado às pesquisas em uma sala separada do arquivo é inadequado, não existe um controle sobre como estes prontuários estão sendo manuseados, ou seja, é comum registrarem-se fatos de estudantes fotografando os registros clínicos. Mesmo com estas dificuldades se registrou, no ano de 2012, a média mensal de 556 prontuários disponibilizados para investigação.

No que diz respeito ao acesso aos prontuários por usuários externos a informação é liberada para o próprio paciente, um familiar com autorização do paciente ou mediante solicitações judiciais. O atendimento a estas solicitações é feito pelo funcionário que estiver disponível no arquivo de prontuários na ocasião, o que causa divergências de informações e atendimentos diferenciados. Como não há um responsável formal pelas solicitações, na ausência da chefia do serviço os casos problemáticos são encaminhados para a Direção Geral do hospital.

Como não existe um documento padrão de solicitação, não há a exigência de uma solicitação formal por escrito e nos casos em que o próprio paciente solicita acesso ao seu prontuário, o mesmo é liberado somente conferindo um documento de identificação. Nos casos de acesso por familiares, é solicitada uma autorização por escrito com um documento do paciente e do familiar. Os prontuários de pacientes falecidos não são liberados para consulta e cópias para os familiares, exigindo-se para tanto ordem judicial ou solicitação através do Conselho Federal de Medicina, respeitando-se para tal decisão a Resolução 1605/2000, de 29 de setembro e o Parecer 06/10, de 05 de fevereiro de 2010, ambos do Conselho Federal de Medicina. Devido à complexidade de tal situação, existem situações em que alguns casos são encaminhados à Diretoria de Medicina para avaliação.

Por se tratar de um hospital público, uma das dificuldades encontradas diz respeito às cópias dos documentos do prontuário, as quais são por conta do próprio paciente. No entanto, não só com relação a este procedimento, mas em toda a questão relativamente ao acesso aos prontuários dos pacientes existe a necessidade de rever o processo e implementar mudanças.

3.1.3 A Auditoria

Pretende-se neste tópico desenvolver uma análise de como são realizadas as atividades que fazem parte das práticas inerentes às auditorias internas e externas uma vez que o HU/UFSC não possui um setor designado oficialmente como o responsável pelo controle destas auditorias, um auditor interno ou um responsável designado oficialmente para as atividades de codificação e auditoria da qualidade clínica.

Com relação à auditoria da qualidade clínica e segurança do doente estas atividades são desenvolvidas por serviços separados no hospital. Quanto às questões de segurança do paciente destaca-se a formação de um grupo multiprofissional atuando com algumas dificuldades. Com relação à qualidade, o HU/UFSC não possui certificação e acreditação hospitalar. No entanto, em contato com a Vice-Diretora do hospital, a mesma salientou que este é um dos objetivos da atual administração para o segundo semestre de 2013, o qual será encaminhado de acordo com as normas orientadoras da Organização Nacional de Acreditação (ONA)²⁸.

3.1.3.1 A Auditoria Interna

Sendo o Hospital Universitário um órgão suplementar da Universidade Federal de Santa Catarina as atividades de auditoria interna nas áreas orçamentária, financeira, patrimonial, de pessoal e nos sistemas de gestão administrativa e operacional são desempenhadas pela Auditoria Interna da UFSC (AUDIN), a qual atende toda a estrutura universitária. A AUDIN foi criada no ano de 2002 e está vinculada diretamente ao Gabinete da Reitoria da Universidade estando previsto, por determinação legal, a vinculação futura ao Conselho Universitário, com o objetivo de realizar ações mais independentes.

As ações desempenhadas pela AUDIN englobam a assessoria, orientação, acompanhamento e avaliação dos atos de gestão nas áreas já referidas, o acompanhamento das recomendações e determinações apontadas por órgãos superiores como Tribunal de Contas da União (TCU) e Controladoria Geral da União (CGU) bem como o apoio à reitoria. As atividades são programadas através de um Plano Anual de Atividades no qual são previstas as ações de atuação da AUDIN as quais englobam o hospital universitário. Segundo o auditor chefe, a auditoria interna atua nos processos da Universidade em geral sem distinguir os centros, campus da universidade, departamentos ou órgãos suplementares. Assim, por exemplo, uma auditoria em processos licitatórios ou em pagamentos de auxílio transporte na área de Recursos Humanos conta com elementos também do Hospital Universitário.

O controle interno é feito através da elaboração de um relatório, ao final de cada ação, com as inconformidades encontradas pela equipe auditora, que é encaminhado aos gestores responsáveis, os quais possuem prazos para providências e correção das irregularidades. Para cada uma das constatações a AUDIN recomenda ações corretivas com o objetivo de corrigir

²⁸ O Sistema Brasileiro de Acreditação é coordenado pela ONA (Organização Nacional de Acreditação), uma organização governamental caracterizada como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos com abrangência nacional cujo objetivo geral é promover a implantação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde <https://www.ona.org.br/Inicial>.

irregularidades e com isso aprimorar a gestão. Ao final de cada ano é elaborado um relatório anual compilando todas as atividades e ações realizadas. Com relação aos sistemas informáticos de apoio as atividades de auditoria são utilizados os sistemas de controle e acompanhamento disponibilizados pelo governo federal em uso na UFSC como SIAFI, SIASG, SIAPE e Comprasnet bem como sistemas próprios da universidade²⁹.

Com relação à estrutura física, a AUDIN dispõe de um local próprio dentro do campus universitário e os recursos humanos contam com os seguintes elementos: um contador com o cargo de auditor chefe, de uma equipe composta por 2 contadores; 1 auditor; 1 técnico em contabilidade; 1 assistente em administração executando as ações de auditoria e, de 2 assistentes em administração que acompanham, monitoram e implementam as recomendações e determinações do TCU e CGU.

Com relação ao Hospital Universitário não possui um setor de auditoria interna, segundo o ponto de vista da AUDIN não há necessidade de separar as atividades de auditoria interna, já que os processos administrativos são os mesmos e ao realizar uma análise financeira, patrimonial ou orçamentária da UFSC o HU está incluído por se tratar de um órgão suplementar. No entanto, o auditor chefe salienta que nos últimos anos o governo federal tem tentado encontrar uma solução para a gestão, a recuperação e a reestruturação dos hospitais vinculados as universidades federais, principalmente para a resolução definitiva de recursos humanos contratados através de fundações. Nesse sentido, foi criada no Brasil a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) em 15 de dezembro de 2011, através da Lei nº 12.550/2011. Vinculada ao Ministério da Educação possui a competência, dentre outras, de administrar as unidades hospitalares e prestar serviços assistenciais no âmbito do SUS. A adesão dos hospitais federais é feita mediante um termo de adesão e um contrato, mas as universidades possuem autonomia para decidir sobre sua contratação. No organograma da EBSERH a auditoria interna está vinculada diretamente ao Conselho de Administração e segundo o auditor chefe da AUDIN já existem estudos para criar uma estrutura própria de auditoria nos hospitais que contratarem a empresa. Até o momento o HU/UFSC não aderiu à EBSERH.

No que diz respeito ao acompanhamento das auditorias externas, a AUDIN só acompanha as que são realizadas pelo TCU e pela CGU. Quando o foco são as atividades específicas dos centros ou departamentos, como as auditorias os prontuários dos pacientes no HU/UFSC, normalmente a equipe não tem conhecimento nem acompanha sua realização.

²⁹ O Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI) é utilizado para registro, acompanhamento e controle da execução orçamentária, financeira e patrimonial; o Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (SIASG) é onde são realizadas as operações de compras dos órgãos públicos federais; o Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE) integra todas as informações de gestão da folha de pessoal dos servidores públicos e; o Comprasnet é um módulo do aplicativo SIASG que disponibiliza informações sobre as contratações e compras do governo federal e permite aquisições em meio eletrônico.

3.1.3.2 A Codificação

A codificação realizada no HU/UFSC é baseada no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (SIGTAP) do Ministério da Saúde e na Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID 10). É realizada pelo médico que atende o paciente nas consultas ambulatoriais e nas internações e registrada no SAH pela equipe de estatística do arquivo de prontuário do paciente. Uma cópia em suporte papel da tabela do SIGTAP está disponível nos ambulatórios para os profissionais. Quando há alterações importantes nos códigos de procedimentos, o Serviço Financeiro providência a atualização e faz a redistribuição nos ambulatórios. A codificação das consultas externas é efetuada com base na CID 10, nas agendas de consultas ambulatoriais e já foi mencionada anteriormente.

Com relação à codificação das internações hospitalares, esta é feita pelo médico que solicita a internação do paciente no hospital, na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento por meio do qual a internação do paciente é paga. No entanto, diariamente ocorrem problemas com a codificação dos procedimentos que são codificados de forma equivocada e indevida ou não foram codificados, ou seja, ocorrem casos em que a AIH não vem preenchida. O processo de codificação da AIH no HU/UFSC está relacionado à autorização da internação pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina (SES/SC) e pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), coordenado no hospital pelo Serviço Financeiro e pelo Setor de Regulação de AIH (figura 12). Como o hospital não possui um médico designado para a codificação ou um auditor oficial em contas médicas estes setores contam com a colaboração de três médicos que fazem a revisão dos casos duvidosos, com problemas e erros encontrados nos códigos de procedimento informados ou mesmo quando a AIH vem com campos incompletos.

A seção de internação do SPP ao realizar os procedimentos de internação no SAH retém a primeira via da AIH, a qual é recolhida diariamente pelo setor de regulação de AIH, separando a média da alta complexidade. Na média complexidade, quando a internação é programada a AIH deve estar autorizada pelo município de origem do paciente. Nas internações de emergência o setor de regulação envia a AIH à SMS para autorização e aguarda o retorno. Pode ocorrer de uma AIH ser enviada ao município e retornar ao hospital sem estar autorizada, devido a erros e dúvidas dos auditores municipais. Esses casos são revisados por dois dos médicos mencionados, os quais preferem refazer a AIH com o código do procedimento correto e assinar. No caso das correções nos códigos de procedimentos, CID-10 ou de completar dados clínicos faltantes, observa-se na AIH letras diferentes e rasuras, mas segundo informações do setor de regulação os auditores municipais ainda as aceitam, autorizando-as.

As internações de alta complexidade são controladas pelo Serviço Financeiro que conta com a colaboração de um dos médicos, chefe da Clínica Cirúrgica da Emergência, para a revisão dos procedimentos. Neste caso, quando ocorrem problemas na codificação e pelo fato dos médicos auditores da SES/SC não aceitarem rasuras, este prefere refazer o documento e levar ao médico responsável pelo preenchimento e pela internação do paciente para nova codificação e medidas educativas e corretivas.

Com a AIH autorizada e com a codificação correta, esta é anexada ao prontuário e encaminhada ao setor de faturamento do Serviço Financeiro, o qual é efetuado no aplicativo SISAIHO1 do Ministério da Saúde que depois de processado é enviado para a SES/SC através de sistemas informáticos do DATASUS para cobrança. Como a codificação tem que estar de acordo com a tabela do SIGTAP e com a legislação vigente, podem ocorrer problemas ou divergências de informações ou glosas nos pagamentos. Com relação às glosas de pagamento, são realizados os seguintes procedimentos corretivos:

- O programa onde é efetuada a cobrança das internações hospitalares e onde são digitadas as AIH, o SISAIHO1, no dia específico do fechamento das contas, fornece a crítica da produção por meio da qual são visualizados os problemas. Efetuadas as correções o fechamento da competência mensal é feito, gerando um arquivo que é enviado para a SES/SC.
- Em 15 dias do fechamento mensal das contas, a SES/SC disponibiliza em site na internet a “lista de contas passíveis de glosa”. De posse desta lista o setor de faturamento efetua as novas correções, realiza a crítica do programa SISAIHO1, gera um novo arquivo e reenvia à SES/SC.
- Entre os dias 20 e 25 de cada mês a SES/SC divulga a listagem dos procedimentos glosados. Neste caso os acertos são apresentados na competência seguinte.

Segundo informações coletadas no Serviço Financeiro do HU/UFSC atualmente existem muitos programas vinculados ao Ministério da Saúde que são utilizados para codificação, faturamento e processamento da informação nos hospitais. Esta diversidade de aplicativos causa dificuldades com a gestão da informação, pesquisa, auditoria, controle e avaliação, além de problemas relacionados ao baixo nível de segurança dos dados e a tecnologia defasada. Com a intenção de unificar os sistemas o Ministério da Saúde pretende implantar, ainda no ano de 2013, um novo sistema a nível nacional, o SISRCA (Sistema de Regulação, Controle e Avaliação). A previsão é que além de unificar os sistemas com o objetivo de aproximar o ambulatório e a internação, o gestor possa, ao avaliar as informações clínicas informadas no sistema e com os resultados da produção da instituição, planejar e realizar uma auditoria interna. Além disso, uma das principais mudanças previstas pelo Ministério da Saúde é a mudança de paradigma, da lógica da codificação e lançamento dos

procedimentos com o objetivo de faturamento para a valorização e avaliação da informação (Brasil 2013).

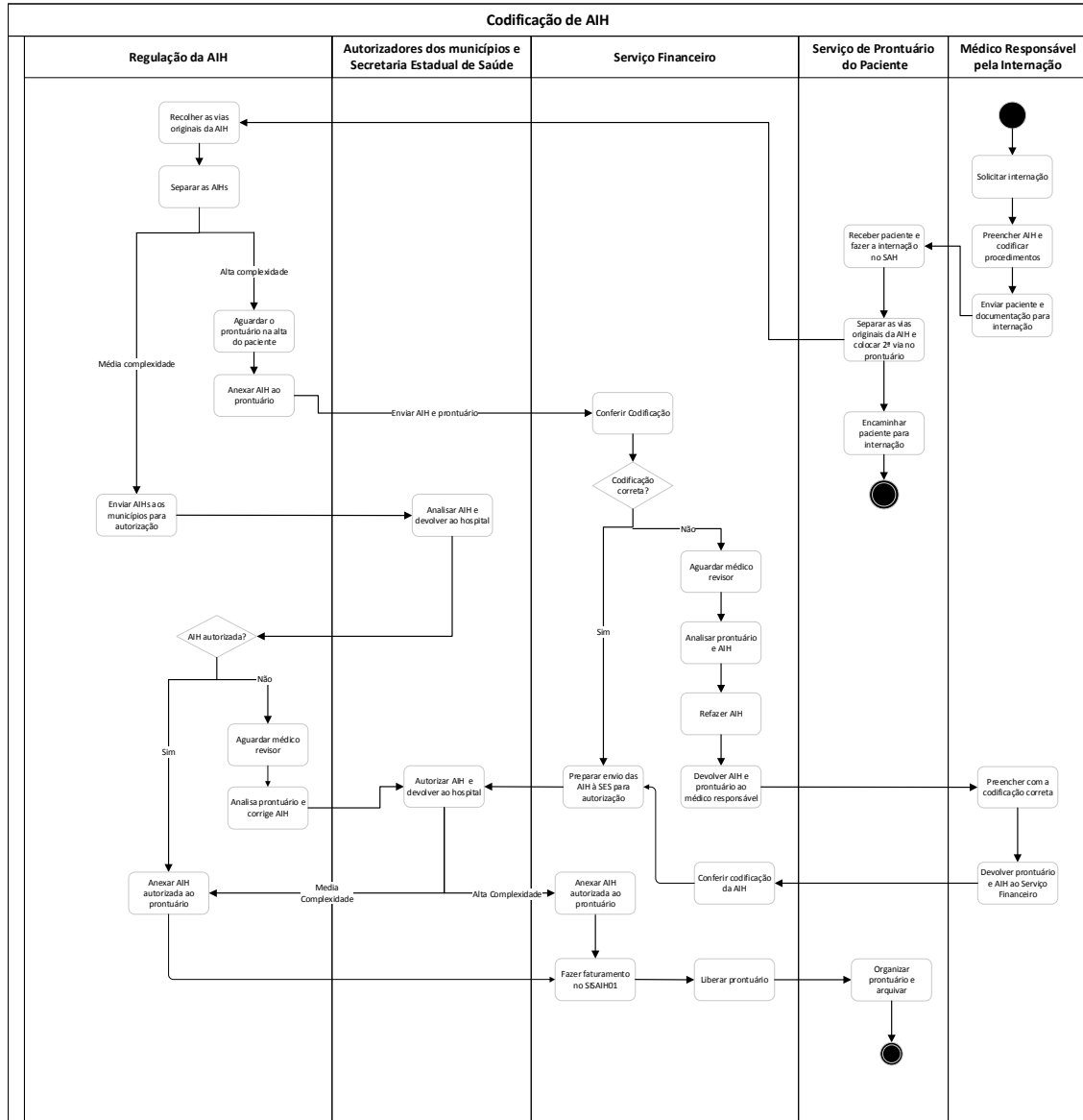


Figura 12: Diagrama da Codificação da AIH no HU/UFSC

3.1.3.3 A Auditoria Externa

As auditorias externas no HU/UFSC não são realizadas de forma sistemática, mas ocorrem geralmente quando é identificada alguma inconsistência nas contas ou conforme a programação dos órgãos auditores - a Secretaria Estadual de Saúde, o Ministério da Saúde através do DENASUS/SNA ou ainda, por denúncias ou irregularidades apuradas pelo Ministério Público.

O comunicado oficial da realização de uma auditoria externa é recebido pela Direção Geral do Hospital que o encaminha ao Serviço Financeiro para as providências necessárias. Este, por sua vez, verifica quais são as AIH que serão auditadas e solicita os prontuários ao SPP. De posse dos prontuários o serviço verifica se a AIH autorizada está no prontuário.

Cabe ressaltar que após o faturamento das contas, os prontuários são enviados ao SPP para serem arquivados, sem a cópia da AIH, que está no Serviço Financeiro aguardando liberação e aprovação da conta. Depois de aprovada o espelho da AIH é impresso, anexado à AIH original e encaminhado ao SPP em caixas arquivo, ordenados por número de AIH, para ser anexado ao prontuário do paciente. Quando os prontuários são solicitados para auditoria, nem sempre as AIH estão no prontuário, pois ainda não foram inseridas. Por este motivo, ao receber os prontuários solicitados para a auditoria, se a AIH não estiver no prontuário é preciso fazer uma nova solicitação ao SPP, que localiza as AIH faltantes nos volumes ainda não arquivados e as envia ao Serviço Financeiro para que sejam anexadas ao prontuário. Os prontuários são então encaminhados, junto com o comunicado oficial, à Direção Geral onde aguardam a chegada dos auditores. O processo de organização dos documentos e dos prontuários para auditoria externa pode ser visualizado no diagrama apresentado na figura 13.

Como não há auditoria interna os auditores externos são recebidos pela Direção Geral do HU/UFSC, acompanhados por um representante desta e pelo médico que auxilia na codificação dos procedimentos de alta complexidade. Caso alguma dúvida surja no decorrer da auditoria o Serviço Financeiro é comunicado e o responsável pelo setor de faturamento do hospital acompanha os trabalhos.

As informações clínicas examinadas pelos auditores e consideradas essenciais permitem confrontar os dados que foram lançados nos sistemas no faturamento hospitalar com os registros clínicos contidos nos prontuários. Com relação aos documentos obrigatórios, os auditores externos verificam se estes estão no prontuário, se estão preenchidos corretamente, com letras legíveis, com assinatura e carimbo do profissional em todos os atendimentos, bem como se a comprovação dos resultados de exames complementares realizados foi anexada ao prontuário (ver anexo 6). Segundo informações recebidas em contato com o Serviço Financeiro os resultados da auditoria realizada não são comunicados a este serviço e o mesmo não tem conhecimento para quem os resultados são enviados.

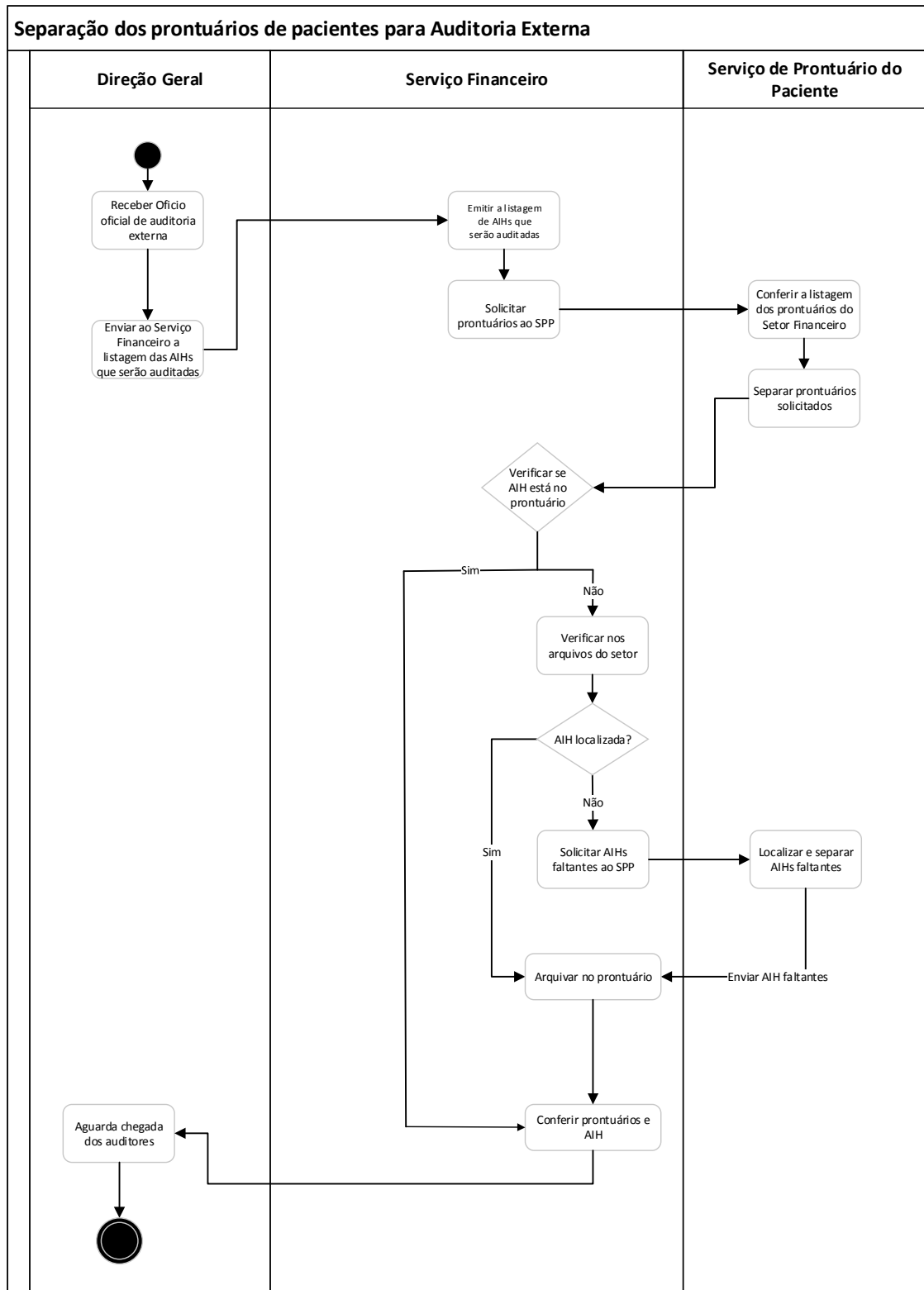


Figura 13: Diagrama da separação dos prontuários para Auditoria Externa no HU/UFSC

3.2 O Centro Hospitalar São João

3.2.1 Contexto Institucional

O atual Centro Hospitalar São João (CHSJ) é o resultado da fusão, no ano de 2011, do Hospital São João (HSJ) da cidade do Porto e do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo. O CHSJ é a segunda maior unidade hospitalar de Portugal e referência para todo o norte do país. O pólo da cidade do Porto presta assistência a aproximadamente três milhões de pessoas, sendo referência direta à população de parte da cidade do Porto, concelhos limítrofes, outros distritos do Porto e para as cidades de Braga e Viana do Castelo (Centro Hospitalar de São João 2013) (Gonçalves 2011).

O Hospital São João (HSJ), inaugurado em 1959, é um Hospital Universitário situado junto ao Pólo Universitário de Asprela, da Universidade do Porto, ligado diretamente a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. No ano de 2006, o HSJ transforma-se numa Entidade Pública Empresarial³⁰ (EPE), sendo designado a partir de então de HSJ, EPE. A estrutura física abrange uma área de 120 mil m², composta de um edifício com 11 pisos, dois deles localizados no subsolo, além de um conjunto satélite de edifícios (Centro Hospitalar de São João 2013).

As atividades do CHSJ estão centradas na assistência aos doentes, no comprometimento e no rigor do atendimento que oferece. Suas atividades de formação e de investigação junto à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto transformam-no num hospital universitário referência no país, bem como um exemplo em Portugal no que se refere às boas práticas na área da saúde, na gestão econômica hospitalar, na gestão integrada da qualidade, do ambiente e da segurança (Gonçalves 2011).

No edifício principal estão localizados os serviços de Urgência de Adultos e Pediátrica, Internamento, Laboratórios e Imagiologia, Hoteleiros, Serviços Administrativos e de Gestão. Nos edifícios externos se localizam o Centro de Ambulatório, que inclui as Consultas Externas, os Hospitais de Dia e o Serviço de Instalações e Equipamentos. A Unidade de Cirurgia do Ambulatório está atualmente situada em Valongo (Centro Hospitalar de São João 2013).

A estrutura orgânica do CHSJ é composta pelo Conselho de Administração e pelos níveis intermediários de gestão, dos quais fazem parte os serviços, as comissões, as Unidades Autónomas de Gestão (UAG) e os Centros em que se organizam os Serviços Não Clínicos

³⁰ A Entidade Pública Empresarial (EPE) é a pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Os hospitais EPE regem-se pelo regime jurídico das EPE com as especificidades previstas na legislação portuguesa bem como nos regulamentos e normas do Serviço Nacional de Saúde.

(figura 14 e anexo 7). Em 2012 os serviços clínicos do CHSJ foram reestruturados em Unidades Autônomas de Gestão, Hospital Pediátrico Integrado, Clínica da Mulher e Centros Autônomos, cuja composição interna pode ser visualizada no anexo 8. As UAG são dirigidas por um Conselho Diretivo composto por dois ou três membros com ampla autonomia e a gestão dos demais serviços clínicos é feita por um diretor e em alguns casos um gestor, nomeados pelo conselho de Administração, tornando, dessa forma, os processos decisórios mais ágeis por estarem próximos aos locais onde os serviços são oferecidos (Centro Hospitalar São João 2012).



Figura 14: Organograma Geral do CHSJ
Fonte: Adaptado de Centro Hospitalar São João, 2012.

O CHSJ dispõe de 1133 camas e 43 berços, atendimento em várias especialidades médicas e cirúrgicas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica. O quadro funcional para atender esta estrutura é composto por 5.729 funcionários, dos quais o maior grupo é representado pelos profissionais da saúde (Centro Hospitalar São João 2011).

Com relação às atividades assistenciais destaca-se no ano de 2011 um total de 33.827 doentes saídos, 538.870 consultas externas, 232.993 atendimentos de urgência e 5.878.208 Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica realizados. O Serviço de Colheita de Órgãos e Transplantes realizou 44 transplantes de células hematopoiéticas no Serviço de Hematologia, colheu 164 córneas das quais 150 foram transplantadas e fez 15 colheitas de vasos, quase sempre enquadrados em pedidos para implante de fígado. (Centro Hospitalar São João 2011).

3.2.2 Gestão da Informação Clínica

No CHSJ as alterações que ocorreram ao longo dos anos nos serviços de arquivo clínico, estatística, codificação e informática tiveram implicações diretas na gestão da informação clínica. Estas alterações, demarcadas através de factos e datas ocorridos no

hospital demonstram a visão da instituição com seu patrimônio informacional clínico (Gonçalves 2011)³¹.

O Serviço de Arquivo Clínico e Estatística é criado em 1959, quando da fundação do hospital, comprovando assim, desde o início, a preocupação da instituição com o uso da informação clínica para a quantificação da atividade hospitalar. Com um arquivo único e central e sem um processo clínico único dos pacientes, os registros eram separados fisicamente em registros de consultas externas, internamento e boletins clínicos, sendo arquivados nos boletins todos os resultados dos meios auxiliares de diagnóstico.

A estrutura inicial do Serviço de Arquivo Clínico e Estatística era composta pelos setores de estatística, biblioteca, arquivo clínico e arquivo administrativo sendo mantida até 1978, quando os setores de estatística e biblioteca foram transferidos para o departamento administrativo. Tendo em conta que os registros eram separados fisicamente o arquivo clínico estava organizado em três setores para atender suas funcionalidades: consultas, radiografias e internamento. Ressalta-se, no entanto a preocupação em evitar a dispersão da informação, existindo desde essa época um manual de procedimentos do serviço, o qual referia que o arquivo clínico não era um simples depósito de registros clínicos ordenados e ressaltava que toda a informação auxiliar de diagnóstico deveria integrar o processo do paciente.

Em 1976 é criada uma comissão para estudar a normalização dos impressos usados na recolha e no registro da informação clínica com o intuito de minimizar as dificuldades encontradas com a variedade de impressos existentes no hospital.

Em 1977 é criado o Registro Hospitalar do Cancro no HSJ, com o objetivo de atender ao Registro Nacional do Cancro, colocando em discussão os elementos que eram recolhidos pelo setor de estatística. O enfoque do Registro do Cancro era a necessidade dos registros serem tratados de forma individual, por paciente, ao passo que as técnicas estatísticas até então somente listavam os internamentos sem os relacionar com outros episódios do mesmo doente. Ainda neste ano inicia-se a implementação dos serviços de microfilmagem da documentação clínica. Assinala-se ainda, nesta época e nos anos seguintes, dificuldades enfrentadas pelo serviço de arquivo clínico quanto à inexistência de um processo clínico único, ao grande volume de documentação clínica produzida e dispersa por outros pisos do hospital, bem como falta de espaço físico e a morosidade no processo de microfilmagem, entre outras.

Em 1986 é criado o Gabinete de Informação Médica evidenciando a importância da gestão hospitalar se basear em informações exatas, completas e relevantes. Nesse mesmo ano

³¹ Destaca-se que para contextualizar este subcapítulo foi utilizado, além das visitas aos Serviços no Centro Hospital São João e dos documentos institucionais, em grande parte a dissertação de Mestrado de Fernanda Gonçalves, do ano de 2011. Por este motivo, quando há identificação da autora, trata-se de citações diretas do referido trabalho.

foi introduzido o Sistema Mínimo de Informação Médico-Administrativa no Internamento (SMIMAI) o qual foi utilizado até 1989, que permitiu definir um conjunto de dados mínimos administrativos e clínicos para cada episódio de internação do paciente. Em 1990 é instituído o Gabinete de Análise de Gestão e Organização do qual faziam parte a Estatística, a Codificação e a Faturação e que durante vários anos foi responsável pela publicação do relatório estatístico do hospital.

Em 1999, como consequência dos esforços para implantar um processo clínico único e centralizar toda a informação clínica referente aos pacientes num único local foi elaborado um modelo de capa para este processo. Mesmo com a adoção desta pasta o processo clínico único não foi implantado fisicamente no HSJ, mas a mesma é até hoje utilizada e contém separadores internos para consulta externa, internamento, gráficos, temperatura, resultados de exames, notas de enfermagem e correspondência.

Nos últimos anos a estrutura orgânica de suporte à gestão da informação tem sofrido alterações no sentido minimizar falhas ou redundâncias relativamente à informação clínica produzida no CHSJ tanto em suporte papel como eletrónico. Em 2009 foi criada a Unidade Integrada de Processos de Gestão Documental (UIGPD) vinculada ao Serviço de Gestão e Logística, sendo seu objetivo “promover o tratamento, a conservação e o acesso da documentação clínica e não clínica produzida e recebida pelo HSJ, bem como pelo desenvolvimento e implementação de uma política de informação na instituição, em articulação com os demais Serviços” (Gonçalves 2011). A partir desta data a gestão da informação clínica deixa de ser vinculada organicamente ao serviço de atendimento ao paciente e passa a exercer funções autônomas, estando vinculados a esta unidade o Arquivo Clínico, o Arquivo não clínico (o arquivo geral), a responsabilidade pelo acesso à informação clínica, os serviços de expediente e o apoio à investigação.

A responsabilidade pela gestão da informação clínica é “partilhada pelos diferentes serviços que participam na admissão, acompanhamento e alta do doente durante a prestação de cuidados, bem como pelos serviços responsáveis por assegurar o acesso e a preservação da informação clínica produzida/ recebida” (Gonçalves 2011). Nesse sentido e no intuito de garantir a preservação e o acesso à informação clínica é criado no ano de 2012 o Serviço de Gestão da Informação do CHSJ que integra as funções até então desempenhadas pela Unidade Integrada de Gestão de Processos Documentais (UIGPD) e pelo Serviço de Sistemas de Informação (SSI), o qual era responsável por toda a infraestrutura tecnológica e de desenvolvimento de software no que diz respeito a produção e o armazenamento de registos clínicos em ambiente eletrónico.

O Arquivo Clínico do CHSJ tem sob sua responsabilidade as atividades de tratamento técnico de todos os registos clínicos produzidos, o apoio à consulta externa, o apoio à

investigação e a gestão dos depósitos de arquivo da documentação clínica que está em suporte papel acumulada ao longo dos 50 anos de história da instituição. As instalações físicas desta documentação ocupam atualmente catorze espaços destinados ao arquivo clínico distribuídos por três pisos do hospital, sendo de assinalar a existência nos locais de depósito de equipes de trabalho que asseguram a gestão deste patrimônio informacional. Além disso, assinala-se a guarda de documentação clínica fora do hospital em regime de prestação de serviços, além de existirem arquivos clínicos paralelos de algumas especialidades.

Quanto à organização da documentação clínica dos pacientes, a mesma é organizada de acordo com o tipo de episódio do paciente, os quais podem ser do tipo Consulta Externa, Internamento, Urgência, Hospital de Dia, Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e Cirurgia de Ambulatório. Como o paciente pode ter vários episódios do mesmo tipo, os mesmos são numerados de acordo com a data e o tipo de atendimento.

Além de cada episódio gerar um número para ser posteriormente identificado o percurso do doente e agregada toda a informação produzida por episódio, os episódios ficam sempre ligados à identificação do doente. No que se refere à identificação dos pacientes, estes têm um número sequencial único, interno ao sistema de informação, e um número de doente (ND), atribuído pelo próprio CHSJ, o qual é associado a uma identificação nacional que o paciente possui em Portugal, conhecida como número de utente do SNS.

A identificação do paciente e o tipo de episódio tem origem na admissão deste no hospital, a qual pode ocorrer via consulta externa ou atendimento de urgência. Na admissão via consulta externa os Centros de Saúde podem enviar as solicitações diretamente ao CHSJ por fax, pelo correio ou através de um sistema informatizado designado ALERT P1. A triagem é feita internamente pelo médico da especialidade, com base na justificativa e na informação médica prestada, podendo dessa forma a consulta ser ou não marcada. Sendo o paciente referenciado pelo Centro de Saúde pelo número do SNS, quando a consulta é marcada no CHSJ este é associado ao número de doente do hospital.

Com relação à organização da documentação, a informação clínica dos processos de consulta do doente, referente a episódios de consulta, hospital de dia, bloco operatório e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica são arquivadas nas capas do processo clínico, mencionadas anteriormente. A documentação referente aos internamentos é organizada por episódios de internamento, separada do processo de consulta do doente de acordo com uma listagem de ordenação existente no hospital. Com a implantação dos registros em suporte eletrónico, o hospital realizou uma revisão dos impressos que deixariam de existir em suporte papel, optando por manter registros em suporte papel em paralelo aos efetuados em suporte eletrónico. Cada episódio de internamento é arquivado separadamente por ano, ou seja, se um paciente foi internado mais de uma vez, os processos ficam arquivados separadamente e não são fisicamente unificados. Quanto aos atendimentos de

urgência, toda a informação produzida nesses episódios está disponível em suporte eletrônico. A documentação gerada nos atendimentos de urgência anterior à implantação dos registros eletrônicos ou as que atualmente, por algum motivo ainda sejam registradas em suporte papel é arquivada pelo número sequencial de urgência.

Para além dos registros em suporte papel, o CHSJ registra a produção de informação clínica em formato eletrônico, assinalando-se o uso da estratégia de digitalização por parte de dois serviços do hospital e da microfilmagem de episódios de internação e urgência relativos ao período entre 1959 a 1993. A existência de registros clínicos em vários suportes somado à existência de arquivos clínicos departamentais ocasiona a dispersão da informação e problemas tanto para a prestação de cuidados ao paciente como para o acesso aos registros clínicos.

Com relação à produção de registros clínicos em meio eletrônico os mesmos tiveram início no hospital em 1992 com a utilização do SONHO para a gestão de identificação dos doentes e respectivos episódios, o qual foi implementado para fins de faturação. O uso do SAM iniciou em 2004 para a elaboração de registros clínicos e em 2006 o ALERT-ER começou a ser utilizado especificamente para os registros de urgência. Associado a estes aplicativos alguns serviços clínicos do hospital desenvolveram suas próprias aplicações informáticas ocasionando atualmente a existência de informação clínica eletrônica dispersa em vários aplicativos informáticos.

No que diz respeito às estratégias de digitalização desenvolvidas nos dois serviços que implementaram tal serviço, esta partiu do objetivo de possuir uma gestão mais eficiente da informação dos pacientes, facilitar o acesso ao processo clínico do doente e reduzir o espaço físico utilizado por um dos arquivos físicos. As duas iniciativas demonstraram, no entanto, que para que tais iniciativas sejam benéficas ao longo do tempo é necessário manter os dados atualizados na base de dados e a estratégia de digitalização deve estar alinhada com a infraestrutura de gestão tecnológica da instituição. Cabe destacar que o estudo realizado no CHSJ apontou a transferência de suporte por digitalização como uma solução intermediária e não definitiva, sendo o objetivo desta facilitar o acesso, uma vez que a eliminação dos registros produzidos em papel, por determinação legal, apenas pode ser assegurada através da microfilmagem (Gonçalves 2011).

O acesso à informação clínica é da responsabilidade do Gabinete de Apoio, denominado RAI, em cumprimento ao estabelecido no artigo 9º da lei nº 46/2007, de 24 de agosto, a qual regula o acesso aos documentos administrativos e a reutilização de informações do setor público em Portugal. Ao RAI cabe o registro e a manutenção dos pedidos de acesso à informação clínica internos e externos que não sejam para fins de prestação de cuidados, sendo atualmente a gestão dos pedidos de acesso para fins de

prestação de cuidados, bem como a disponibilização de toda a informação para responder a todos os pedidos de responsabilidade do Setor de Arquivo, integrado ao Serviço de Gestão da Informação.

Cabe destacar que todos os pedidos de acesso à informação clínica são registrados numa base de dados permitindo uma gestão mais efetiva dos pedidos. No que se refere ao acesso para investigação, para além do RAI, as solicitações são submetidas à Direção do Serviço respectivo para autorização ou em casos que se justifique ao parecer da Direção Clínica ou do Comité de Ética.

Os pedidos de acesso por utilizadores externos são efetuados de forma presencial, por fax ou correio eletrónico, acompanhados de um comprovante de identificação. O RAI verifica a legitimidade do acesso e a solicitação é enviada, juntamente com uma listagem dos tipos e números de episódios do paciente, ao médico ou especialidade médica responsável. Depois da resposta dos Serviços Clínicos quanto à existência de dados referentes a terceiros ou a necessidade de reserva de dados constantes no processo clínico, o Arquivo reúne a informação, cumprindo-se as indicações fornecidas pelo médico, procede à reprodução da informação existente em papel e em suporte eletrónico, sendo todas as cópias certificadas pelo Arquivo Clínico do CHSJ.

3.2.3 A Auditoria

Com a transformação dos hospitais em Entidades Públicas Empresariais (EPE) através do Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro, o Ministério da Saúde português aprovou também os estatutos destas entidades no qual está previsto no artigo 17º que nestes hospitais deve existir um auditor interno, com a qualificação adequada e designado pelo Conselho de Administração. Em 9 de novembro de 2012, o Decreto-Lei nº 244/2012 modifica o regime jurídico das unidades de saúde com natureza de EPE e a figura do auditor interno dos hospitais é substituída pelo Serviço de Auditoria Interna. Por ser uma regulamentação relativamente recente, os hospitais ainda estão em fase de adaptações e organizações para a implantação deste serviço.

Esta é atualmente, a realidade do CHSJ, que conta com dois auditores internos e está em fase de organização da criação do Serviço de Auditoria Interna para atender ao que prevê a legislação. Para além deste serviço, a auditoria no hospital é exercida por outros dois setores que tratam da qualidade dos registos clínicos de forma distinta, o Gabinete de Codificação Clínica e a Unidade da Qualidade e Segurança do Doente. Cabe destacar que no âmbito do presente trabalho foi realizada em cada um desses serviços uma entrevista exploratória de modo a se conhecer suas funções e atividades, as quais deram origem ao diagnóstico e contextualização dos tópicos a seguir. Em todas as entrevistas houve a

participação do Responsável pelo Setor de Arquivo³² a qual tem um papel fundamental de colaboração e articulação com todos os serviços relacionados à auditoria interna, conforme demonstra a figura 15, utilizando-se para este profissional no presente trabalho a designação de gestor de informação.



Figura 15: Tipos de auditoria interna identificadas no CHSJ

3.2.3.1 A Auditoria Interna e Externa

A auditoria interna no CHSJ foi criada em junho de 2009, inserida no organograma do CHSJ e vinculada diretamente ao Conselho de Administração do Hospital. As atividades desenvolvidas pelos auditores seguem um plano de trabalho, planeado anualmente e obrigatório para atender às determinações legais. O plano é utilizado como um sistema de controlo interno para o desenvolvimento de ações, sendo ao final de cada ano elaborado um relatório de atividades, considerando as metas planejadas no plano de trabalho e quais atividades foram desenvolvidas, sendo posteriormente enviado ao Conselho de Administração. No que diz respeito às exigências das entidades externas sobre as atividades desenvolvidas anualmente, os auditores respondem à IGAS (Inspeção Geral das Atividades em Saúde), que envia aos hospitais um ficheiro com questões pré-definidas, em formato Excel, solicitando a ação planejada, quais as atividades desenvolvidas para esta ação, qual foi o resultado e o impacto financeiro.

O espaço de trabalho dos auditores internos é partilhado com outro serviço e não existem outros recursos humanos vinculados à auditoria interna além dos dois auditores, ambos com formação em economia. O AI1 trabalha no CHSJ há cinco anos e antes de desempenhar a função de responsável pela auditoria trabalhou na gestão hospitalar, no

³² Para identificar os contatos das entrevistas exploratórias realizadas, considerando-se o anonimato dos entrevistados, os mesmos foram mencionados como AI1 e AI2: Auditores Internos do CHSJ e; AICC: Auditor Interno de Codificação Clínica;

Serviço de Planejamento e Controle da Gestão; o AI2 trabalha no CHSJ há três anos e desde o início desempenha suas atividades como auditor.

Com relação ao suporte para o desempenho de suas funções, os auditores do CHSJ salientaram que não existe uma aplicação informática específica para as atividades de auditoria interna, nem por parte das entidades externas, como Ministério das Finanças ou Ministério da Saúde, nem do próprio hospital. A organização interna do trabalho é feita em aplicativos informáticos como Excel ou Word.

Segundo os auditores internos, não há um serviço com maior ou menor importância para os auditores ou serviços que sejam vitais para desenvolver suas atividades, pois todos têm sua relevância, dependendo da ação e do objetivo para que estão direcionados. São definidas anualmente no plano de trabalho áreas chave em que os auditores irão atuar e as ações efetuadas, como, por exemplo, a realização de ações nos Serviços de Recursos Humanos, para a verificação de conformidades e nos Serviços Financeiros, com ações voltadas para a verificação das taxas moderadoras. Isto vem de encontro às funções da auditoria interna que visam desenvolver ações com o objetivo de melhoria do controle interno e da gestão de riscos no âmbito contábil, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, ou seja, atender o disposto no artigo 17º do decreto-lei 244/2012, além de responder às solicitações e pedidos das entidades externas. Para além das ações mencionadas no decreto-lei, há a assessoria ao Conselho de Administração com análises e recomendações para a melhoria do funcionamento dos serviços e a verificação, a pedido deste, de normas de autorizações de serviços oferecidos pelo hospital e a conformidade dos documentos, por exemplo.

No que diz respeito às atividades de auditoria externa realizadas no CHSJ os dois auditores referem que existem várias entidades vinculadas ao Ministério da Saúde, Ministério das Finanças e ao Tribunal de Contas e o hospital responde a estas entidades. Porém, salientam que as auditorias externas não são sistemáticas e variam de acordo com o planeamento anual destas entidades.

Com relação ao trâmite interno, todos os comunicados de auditoria externa são enviados ao Conselho de Administração, que verifica a área adequada e encaminha ao serviço que melhor atenda a solicitação. À auditoria interna cabe frequentemente os pedidos de auditoria não clínica, mas também articulam esforços para atender as auditorias clínicas, pois estas geralmente estão vinculadas à verificação do financiamento hospitalar.

Para garantir que os auditores externos acessem toda a informação do procedimento que está sendo auditado, considerando-se que existem registros em suporte papel e em suporte eletrônico, no SAM e em aplicações departamentais diferentes, sempre que necessário, o trabalho de preparação e acompanhamento das auditorias conta com a

colaboração e a participação, além dos auditores internos, do Serviço de Gestão da Informação, dos Setores de Informática e Arquivo, do médico Auditor Interno da Codificação Clínica e sempre que necessário dos Serviços Clínicos. Ao Serviço de Gestão da Informação, Setor de Informática são solicitadas senhas para que os auditores externos possam acessar os aplicativos utilizados no hospital; no Arquivo Clínico são realizadas reuniões com o intuito de reunir toda a informação solicitada, de modo a que toda a informação que está sendo auditada nos processos e episódios atendidos no CHSJ esteja correta, disponível e acessível.

Segundo os dois auditores, a preparação da auditoria antecipadamente e a colaboração do gestor da informação responsável pelo Arquivo Clínico é fundamental e essencial, pois sem este profissional seria muitas vezes impossível atender as solicitações, já que o nº 14 do artigo 17º do Decreto-Lei 244/2012 diz que “no sentido de obter informação adequada para o desenvolvimento das suas competências, o serviço de auditoria interna tem acesso livre a registos, documentação, computadores, instalações e pessoal do hospital, com exceção dos registos clínicos individuais dos utentes”. Ao participar do processo, o gestor da informação tem a capacidade de articular os envolvidos, pois sabe onde localizar a informação que está sendo solicitada e isto é benéfico tanto para a organização da documentação antecipadamente como para solucionar os imprevistos que acontecem no momento da execução da auditoria. Os auditores e a responsável pelo Arquivo Clínico salientam, no entanto, que ainda existem dificuldades e problemas para serem solucionados, os quais foram identificados em auditorias já realizadas. É o caso, por exemplo, das auditorias realizadas nos atendimentos efetuados no Hospital Dia. Uma vez que o CHSJ não possui um aplicativo informático específico para registro destes atendimentos, os mesmos são efetuados em grande parte em suporte papel e estão arquivados em separado do restante dos episódios do doente, num arquivo próprio localizado no serviço, sendo integrados no arquivo clínico após a alta do doente. A justificativa é que os atendimentos do hospital de dia podem ser feitos em dias seguidos e o doente pode, além do hospital de dia, ter outros atendimentos agendados no hospital e o processo clínico precisa de estar disponível para estes atendimentos.

Os resultados das auditorias externas são comunicados aos auditores internos pela entidade que realizou a avaliação e no caso de ser necessário resposta o prazo legal geralmente é de 10 dias.

3.2.3.2 O Gabinete de Codificação Clínica

A criação do Gabinete de Codificação Clínica no Hospital São João em 1989 foi resultado da Circular Normativa nº 01/89, de 27 de janeiro, emitida pelo Ministério da Saúde português. Esta formalizou o início da codificação clínica dos episódios de internamento em

hospitais de agudos em Portugal e formalizou a adoção do sistema de classificação de doentes em Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH) como um instrumento de financiamento e controlo da gestão dos hospitais. Em 2010, através da Circular Informativa nº 19/2010, de 22 de novembro, a ACSS emitiu orientações para a regulamentação dos Gabinetes de Codificação e Auditoria Clínica nos hospitais.

O Gabinete de Codificação Clínica do CHSJ está atualmente vinculado no organograma do hospital ao Serviço Financeiro, sendo a sua coordenação feita pelo Auditor Interno de Codificação Clínica. O CHSJ conta atualmente com 10 codificadores dos quais cinco são auditores. Para ser designado para tal função é necessário um curso de formação pela ACSS. Além disso, são realizadas no CHSJ formações mensais, em forma de seminários, com duração de uma manhã, ministradas pelo médico Auditor Interno da Codificação Clínica, sendo abertas a outros profissionais que não pertençam ao quadro do hospital.

O Gabinete de Codificação Clínica possui um regulamento interno, com regras de trabalho e funcionamento, sendo sua principal atividade classificar todos os episódios de internação e de ambulatório que possam ser faturados por GDH além da realização de auditorias internas à Codificação.

A codificação é baseada na Classificação Internacional das Doenças, 9ª Revisão, Modificação Clínica (CID-9-MC), obrigatória para todos os episódios de internamento, episódios de ambulatório médico (sessões de hospital de dia e admissões directas) e ambulatório cirúrgico. Quanto à codificação dos atendimentos de consultas de ambulatório, esta somente é feita por alguns serviços clínicos que optam pela sua realização para fins de controle e acompanhamentos internos. A codificação dos episódios de urgência também não depende do Gabinete de Codificação, mas é realizada no aplicativo informático utilizado, na saída do doente pelo médico que efetuou a alta e como um meio do hospital possuir informação clínica estatística dos atendimentos de urgência. No ambulatório cirúrgico, a codificação é obrigatória desde 2006, por conta da lista de espera de doentes para cirurgia, inscrevendo-se o paciente nesta lista e codificando-se o procedimento no SAM. O AICC comenta que esta codificação no SAM é feita de acordo com uma tabela baseada no CID-9-MC. O uso desta tabela no SAM, no entanto, causa algumas dificuldades em virtude da mesma não possuir sinónimos e entradas com terminologia alternativa que facilite a codificação. Levando-se em conta esta situação, podem ocorrer divergências na codificação que foi lançada para a lista de espera de cirurgias e o procedimento que foi realmente realizado, lançado nos GDH pelos codificadores.

Toda a codificação é feita por médicos codificadores, usando como suporte de trabalho o SAM e o processo clínico em suporte papel. Embora todo o trâmite de um processo de internamento possa ser realizado nos aplicativos disponibilizados no CHSJ, ao realizar a internação ou procedimento que seja passível de codificação, o processo clínico é constituído

por alguns documentos obrigatórios, em suporte papel, dentre eles a folha de admissão e alta ou a folha de ambulatório, a qual é anexada à folha de codificação, cuja responsabilidade pelo preenchimento é do médico codificador. A folha de codificação, assinada e carimbada pelo médico codificador além de possuir local para a descrição dos diagnósticos, dos procedimentos, das causas externas, das morfologias neoplásicas e dos respectivos códigos tem ainda outros campos de preenchimento tais como: número de episódio, tipo de admissão, proveniência, hospital de proveniência, data da primeira intervenção cirúrgica, resultado do internamento, médico responsável pela alta, destino após alta, hospital de destino, motivo da transferência para outro hospital e peso à nascença de todos os recém-nascidos até os 28 dias de idade.

O processo e o fluxo interno dos processos de internamento e ambulatório são enviados ao Gabinete de Codificação Clínica e seguem os seguintes procedimentos:

- Toda a movimentação física dos processos desde a receção pelo Gabinete de Codificação Clínica, devoluções aos serviços clínicos, entrega e receção ao médico codificador, entrega ao médico auditor até o envio ao Arquivo Clínico é controlada por um aplicativo informático do serviço desenvolvido internamente.
- Os episódios são remetidos pelo serviço clínico que realizou o atendimento para o Gabinete de Codificação Clínica no dia seguinte ao da alta do doente ou da realização do exame ou tratamento.
- A distribuição dos processos para codificação foi realizada durante alguns anos através do aplicativo informático do serviço, de modo aleatório. Atualmente é feita manualmente pela Diretora do Gabinete
- Quando a informação constante dos processos a codificar não for clara o suficiente ou houver dúvidas é feito um contato pessoal com o médico responsável. Não sendo possível contato pessoal uma solicitação por escrito é enviada junto com o processo à UAG respectiva de modo que chegue ao médico responsável para esclarecimento.
- Depois de codificados e liberados, os processos clínicos são enviados ao Arquivo Clínico, ordenados e acompanhados de um protocolo de envio contendo o número do episódio e o tipo (internamento ou ambulatório).

As auditorias internas a codificação utilizam como suporte o Programa Auditor sendo que, ao final do dia é emitida pelos funcionários administrativos através deste programa uma listagem de 250 episódios codificados que são distribuídos aos médicos auditores, ou seja, cada auditor realiza a auditoria de uma listagem por semana.

Esta listagem, impressa por episódio, contém um resumo da codificação com dados como o número do episódio; dados de identificação do doente; admissão (programada ou

urgência), data de internação e data de alta; dias de internação e o destino após alta; diagnóstico principal, procedimentos e agrupamento em GDH. O médico auditor faz a leitura de cada episódio com o objetivo de identificar erros, dúvidas ou alertas já identificados pelo programa Auditor, confere as informações no sistema informático (SAM, Alert e outros utilizado no CHSJ) e, se necessário solicita o processo para consulta e esclarecimento de dúvidas. Um conjunto mínimo de informações e de GDH codificados é observado como, por exemplo, o tempo de internação, o diagnóstico principal e adicional, as causas externas, as morfologias, a coerência entre diagnósticos e procedimentos e o GDH de agrupamento³³. O AICC salienta, no entanto, que embora o programa Auditor emita situações de alertas, o médico auditor deve analisar todo o registro e identificar outras situações de alerta ou erro não identificadas pelo aplicativo.

Quando os processos estão devidamente codificados o episódio é liberado via sistema informático para faturação e o processo enviado ao Arquivo Clínico. Em caso de erros, este resumo é enviado pelo auditor de volta ao médico codificador juntamente com o processo para que se façam as correções necessárias. Todos os resumos codificados e impressos por episódio são assinados e carimbados pelo médico auditor em todas as fases de encaminhamentos.

Cabe ainda destacar que, segundo o AICC, a codificação e posterior auditoria são extremamente importantes, uma vez que depois de um processo ser liberado para faturamento este não pode ser corrigido. Além disso, o mesmo médico salienta que embora este serviço de auditoria da codificação exista no hospital, este possui somente características de uma auditoria necessária para a codificação com fins de financiamento hospitalar e que os requisitos de qualidade da informação clínica, embora necessários e extremamente importantes, somente são observados quando necessário. No entanto, segundo o AICC, esta auditoria clínica não é do âmbito da codificação clínica e deve ser realizada por uma equipe de auditoria de qualidade orientada para os registros clínicos.

Com relação à gestão da informação no CHSJ, o auditor salienta que em sua opinião não há efetivamente no hospital um responsável pela gestão da informação, estando esta atribuição em contexto hospitalar tradicionalmente a cargo dos serviços informáticos e dos diferentes serviços intervenientes. Considera, no entanto, que é algo que poderia ser implementado. Comenta, ainda, que embora haja algumas dificuldades na execução das tarefas, a relação de integração e colaboração da gestora da informação do Arquivo Clínico, do Gabinete de Codificação e da Auditoria Interna tem sido muito boa e facilitado o suporte às atividades que são desenvolvidas. A mesma relação é salientada pela gestora da

³³ Exemplos detalhados dos procedimentos de auditoria à codificação e de como é o trabalho do auditor podem ser visualizados com mais detalhes na página do Portal de Codificação Clínica e dos GDH: http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Procedimento_de_Auditoria_Interna_da_Codifica%C3%A7%C3%A3o_Cl%C3%ADnica.

informação do Arquivo Clínico que diz que muitas vezes sem esta relação de colaboração do auditor seria impossível resolver algumas dificuldades que surgem no dia a dia.

Além das auditorias internas, o médico auditor responsável faz, como um método de controle interno, seleções trimestrais de alertas ou erros em processos clínicos de internamento que possam ter sido enviados ao Arquivo Clínico sem as devidas correções, procurando por erros que não tenham sido detetados e que, por este motivo, não deveriam ter sido enviados ao arquivo.

3.2.3.3 A Unidade da Qualidade e Segurança do Doente

Inicialmente criada em 2010 como o Serviço de Qualidade Clínica, a Unidade da Qualidade e Segurança do Doente (UQSD) do CHSJ foi criada em março de 2012, para agilizar e tornar mais eficiente a recomendação do Decreto-lei nº 50-A/2007, de 28 de fevereiro, que torna mandatório a criação de uma comissão nesta área. A USQD é vinculada no organograma do hospital ao Centro de Epidemiologia Hospitalar, por sua vez vinculado ao Conselho de Administração.

As atividades desenvolvidas por esta unidade são todas as que dizem respeito à qualidade e segurança do doente, tais como a identificação do doente no hospital através do uso de pulseiras de identificação, os riscos de queda e a informação e comunicação com o doente, pretendendo por em prática a auditoria clínica e a gestão do risco. Além dessas atividades, trabalha áreas mais específicas da qualidade, em auditorias temáticas de suas áreas de intervenção e outras propostas pelos serviços clínicos, tentando desenvolver os conceitos da qualidade e segurança do doente sem seguir um modelo teórico da qualidade.

Os modelos de acreditação e certificação hospitalar são importantes uma vez que avaliam toda a instituição sendo a qualidade da informação vista e tratada com regras e determinações específicas e claras, com alterações conforme cada modelo e país. Os mais utilizados em Portugal são o modelo inglês, *King's Fund* e o modelo dos Estados Unidos da América, a *Joint Commission International*. O Ministério da Saúde português, na figura da Direcção Geral de Saúde, propôs para os hospitais o modelo de Andaluzia sem, contudo, o tornar obrigatório. Assim sendo, cada hospital pode escolher e adotar o modelo de qualidade que melhor se adapte à instituição.

O CHSJ não possui acreditação ou certificação hospitalar específica, mas a coordenadora da unidade comenta, no entanto, que no período de 2003 a 2005 foi criada uma comissão para iniciar o processo baseado no modelo inglês "*King's Fund*", sendo no ano de 2005 obtida uma certificação parcial. Entretanto, não houve a continuidade deste trabalho. Devido a este fato alguns serviços foram certificados pela norma ISO 9001, como o

Laboratório de Sangue, a Anatomia Patológica, o Ambulatório e a Medicina de Reprodução com o apoio do serviço de certificação.

Um das atividades em que a UQSD colabora no CHSJ é com um grupo formado por um médico e dois enfermeiros, que estão realizando um diagnóstico hospitalar dos serviços oferecidos e atividades desenvolvidas por cada um destes serviços. O objetivo é criar um sistema único de registro eletrônico para o hospital, uma vez que atualmente existem aproximadamente 66 aplicações informáticas no CHSJ onde são registradas informações clínicas. Esta é uma das maiores dificuldades, segundo as enfermeiras consultadas. A quantidade de informação dispersa, principalmente em suporte eletrônico, é um fator que contribui substancialmente para a qualidade da informação dos registros clínicos e na forma como estes são tratados. Nesse sentido, cabe destacar o Despacho nº 2784/2013, de 11 de fevereiro, do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde português o qual traz orientações sobre a normalização a nível nacional dos dados mínimos que devem conter os registros electrónicos, especificamente os relativos às notas de alta médica e de enfermagem, bem como às notas de transferência das unidades de cuidados intensivos. Tal orientação ainda menciona que os estabelecimentos hospitalares do SNS devem, obrigatoriamente, possuir um plano de auditoria interna aos registros clínicos electrónicos cujos resultados precisam ser comunicados a Direção Geral de Saúde.

Em todas as entrevistas exploratórias realizadas, foi indagado aos coordenadores destes Serviços como estes viam a existência de três setores distintos no CHSJ tratando as questões de auditorias e qual a opinião sobre o papel do gestor da informação nestes processos.

Com relação à participação do gestor da informação nos processos internos de auditoria, todos os serviços consultados foram unânimes em salientar que a articulação deste com os serviços internos e seu auxílio é fundamental para o desenvolvimento das atividades internas, no sentido de que ele saiba como localizar a informação necessária. O inverso também é ressaltado, quando a responsável pelo arquivo clínico diz que a colaboração destes serviços beneficia muito as atividades e ajuda a resolver as dificuldades diárias com que o Arquivo Clínico se debate.

Com relação à existência de três setores distintos relacionados às auditorias internas, dois dos serviços consideram que faz sentido serem serviços separados e que a existência de um serviço único agregando os três (a auditoria interna, a codificação clínica e a qualidade clínica) não seria viável porque o objeto que tratam é diferente. Um dos serviços, no entanto, diz que o fato de existirem serviços separados tratando de qualidade e auditoria ao processo clínico e aos registros clínicos dos pacientes no CHSJ dificulta o tratamento da qualidade da

informação contida nestes registros e a uma auditoria de fato. A unificação e integração dos serviços poderia beneficiar o hospital e o tratamento real da qualidade da informação.

Embora todos os entrevistados reconheçam que em determinadas ocasiões seja um pouco confuso tratar destas questões em separado, o que é necessário, segundo eles, é a cooperação para realizar determinadas ações e o que falta, talvez, seja articular mais estas ações entre os três. Um dos serviços comenta, no entanto, que por vezes a falta de um serviço único onde se possa levar as questões das inconformidades que surgem dificulta em alguns casos as atividades realizadas.

3.3 Diferenças e Paralelismos entre o Hospital Brasileiro e o Hospital Português

Tal como relatado no item 2.3 ao analisar as práticas de auditoria dos hospitais estudados neste trabalho, se procurou realizar um exame crítico dos fluxos e processos de trabalho existentes nestas instituições. Identificar os processos de gestão da informação e de auditorias nas duas instituições foi importante para verificar quais são fundamentais e quais se revelam desnecessários para a qualidade da informação clínica dos prontuários dos pacientes/processos clínicos de modo a contribuir para a gestão dos hospitais.

3.3.1 As Práticas de Auditoria

No que diz respeito às atividades de auditoria relacionadas com a qualidade da informação dos prontuários dos pacientes/processos clínicos existentes no hospital brasileiro e no hospital português, a análise identificou que existem quatro aspectos a considerar no HU/UFSC e o CHSJ, os quais podem ser visualizados na figura 16.

Foi possível identificar os quatro processos nos dois hospitais, sendo que a grande diferença é o modo como a auditoria é tratada no CHSJ, no qual foi possível constatar serviços independentes tratando as questões da auditoria, ou seja, há legalmente instituído uma auditoria interna, a auditoria interna à codificação clínica e uma unidade responsável pela qualidade hospitalar e pela segurança do doente. Embora todos estes quatro aspectos possam ser identificados no HU/UFSC, não há legalmente instituído um serviço por nenhuma das auditorias. A análise de cada um desses processos pode ser verificada nas tabelas a seguir.



Figura 16: Processos de Auditoria identificados no HU/UFSC e no CHSJ

Tabela 4: Auditoria Interna e Externa no HU/UFSC e no CHSJ

	HU/UFSC	CHSJ
Auditoria Interna	- Vinculada a Auditoria Interna da UFSC - Foco da auditoria nas áreas orçamentária, financeira, patrimonial, pessoal e nos sistemas de gestão administrativa e operacional; - Relatório ao final de cada ação;	- Auditoria interna legalmente constituída; - Dois auditores internos; - Ações de melhoria do controle interno e gestão de riscos nas áreas contábil, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos; - Plano de trabalho e relatório de atividades anual; - Atendimento de solicitações de entidades externas; - Coordenação das auditorias externas;
Auditoria Externa	- Coordenada pela Direção Geral do hospital e pelo Serviço Financeiro; - Acompanhada pela Direção Geral e por um médico; - Avaliação das AIH e prontuários dos pacientes;	- Coordenada e acompanhada pela Auditoria Interna; - Preparação da auditoria externa pela Auditoria Interna com colaboração do Médico Auditor e do Gestor da Informação do Arquivo Clínico; - Articulação com todos os serviços envolvidos na produção da informação clínica; - Avaliação dos episódios de consulta e internamento;

Com relação à Auditoria Interna nos dois hospitais, o foco são as áreas financeira e orçamentária, operacional, de recursos humanos e os sistemas de gestão. No entanto podem-se observar algumas diferenças. Embora relativamente recente, no CHSJ a figura do auditor interno existe por determinação legal desde 2009 e tal como mencionado no item 3.2.3.1, estando atualmente o CHSJ em fase de implantação do Serviço de Auditoria Interna. O HU/UFSC não possui Auditoria Interna, justificado pelo hospital ser um órgão suplementar da universidade, sendo estas funções desempenhadas pela Auditoria Interna da UFSC (AUDIN) criada em 2002. A AUDIN, ao planejar as auditorias para a Universidade, faz a inclusão também de amostras do HU/UFSC.

O modo de tratar as auditorias externas, no entanto, é diferenciado. Enquanto que no CHSJ a presença dos auditores internos é benéfica para a preparação de uma auditoria externa, no Brasil a AUDIN não se envolve nas auditorias externas realizadas nas atividades dos centros ou departamentos, caso das auditorias aos prontuários de pacientes realizadas no HU/UFSC.

No CHSJ a recolha da documentação para as auditorias externas aos episódios de consulta e internamento possui um papel fundamental, uma vez que a articulação com os demais setores possibilita localizar antecipadamente toda a informação clínica referente aos episódios dos pacientes, evitando assim possíveis glosas por não localização da informação pelos auditores externos. A colaboração do Médico Auditor e do Gestor da Informação do Arquivo Clínico se torna essencial nesse aspecto, uma vez que de acordo com a legislação portuguesa a informação dos registros clínicos individuais dos pacientes não pode ser acedida pelos auditores internos. No HU/UFSC as atividades de acompanhamento das auditorias externas são coordenadas e acompanhadas pela Direção Geral do HU/UFSC, pelo Serviço Financeiro e pelo médico que auxilia na codificação. Isso se deve, em parte, conforme mencionado em 3.1.3.2, por toda lógica hospitalar no Brasil priorizar as informações relativas ao faturamento. Mas, mesmo o Serviço Financeiro só acompanha as auditorias externas somente quando solicitado ou quando há alguma dúvida nas contas lançadas. A participação do Serviço de Prontuário do Paciente ou de um arquivista da instituição no processo fica restrita à procura e separação dos prontuários de pacientes solicitados e que serão posteriormente auditados.

Um dos pontos positivos que se pode mencionar quanto à participação no processo de preparação das auditorias externas que acontece no CHSJ e envolve o Gestor da Informação do Arquivo Clínico é que este sabe como localizar as informações dos atendimentos efetuados nos pacientes, mesmo que a informação esteja dispersa por outros arquivos departamentais ou aplicativos informáticos. No HU/UFSC, embora o hospital possua um prontuário único para os pacientes, se pôde constatar a existência de arquivos dispersos com informação sobre os pacientes, o que coloca a questão de que pode existir alguma informação importante para as auditorias externas e que não esteja no prontuário.

Outro destaque positivo no que diz respeito ao auditor interno num hospital é no que se relaciona ao controle, tanto das auditorias internas como das externas. Os resultados das auditorias externas no CHSJ, por exemplo, são recebidos e respondidos pelos auditores internos, a quem compete envolver os profissionais implicados na auditoria enquanto que no HU/UFSC não foi possível identificar quem recebe os resultados ou responde eventuais dúvidas, inferindo-se que os encaminhamentos sejam feitos pela Direção Geral do Hospital.

Com relação à informação clínica contida nos prontuários dos pacientes no Brasil e nos processos clínicos em Portugal, o anexo 6 relaciona pormenorizadamente o que é avaliado pelos auditores externos. Pode-se perceber nos dois casos que os registros são avaliados tendo em conta o que foi faturado e gerou algum tipo de financiamento ao hospital, embora em Portugal a qualidade da informação clínica e administrativa está relacionada como um dos aspectos a ser observado e se possa concluir que possui um valor maior e é analisada com mais detalhes.

Em Portugal, são auditados os episódios que foram codificados e que geraram atendimentos aos pacientes. Os auditores externos utilizam fichas e grelhas de auditoria, onde estão relacionadas as informações que serão avaliadas nos episódios que estão sendo auditados e que devem ser observados aspectos como, por exemplo, os códigos lançados e as descrições dos diagnósticos e dos procedimentos. É possível identificar nas fichas as conformidades e não conformidades encontradas. Estes documentos de apoio também podem ser utilizados pela auditoria interna dos hospitais para controle da codificação e na busca da qualidade dos registros clínicos.

No Brasil o foco da atenção da auditoria é nos prontuários dos pacientes e no geral são informadas as AIH que serão auditadas e geraram internações. Embora não tão frequente, os procedimentos ambulatoriais individuais realizados nos pacientes também são observados nas auditorias. Estes estão divididos por grupo de procedimento e também devem estar devidamente registradas e comprovadas no prontuário do paciente, inclusive com cópias das realizações dos exames.

Nos dois países todos os registros efetuados nos pacientes devem ser legíveis e possuir a identificação e assinatura do profissional que atendeu o paciente. No entanto, em Portugal existem dados constantes dos episódios que são considerados obrigatórios, os quais são avaliados por meio de um quadro algumas informações específicas que devem ser observadas na organização dos processos clínicos. No Brasil, mesmo que os auditores externos observem a organização do prontuário, este não é um fator mencionado como passível de avaliação. Embora, conforme mencionado no item 2.3.1.1, os auditores externos devem ter atenção a registros com rasuras, ilegíveis ou incompletos. Cabe aqui salientar a atenção a ser dada nos casos do preenchimento das AIH no HU/UFSC e a necessidade de organizar este procedimento, pois em alguns casos, mesmo que autorizados, se verificam letras diferentes e rasuras (item 3.1.3.2). No Brasil é possível identificar quais são os documentos mínimos obrigatórios que o prontuário do paciente deve conter, enquanto que em Portugal esses dados não são mencionados no manual de auditoria publicado. No entanto, iniciativas de normalização dos elementos mínimos obrigatórios para registros clínicos eletrônicos foram publicadas recentemente conforme mencionado em 3.2.3.3.

Tabela 5: A codificação Clínica no HU/UFSC e no CHSJ

	HU/UFSC	CHSJ
Codificação Clínica	• Três médicos colaboradores na revisão de AIH; • Codificação realizada pelo médico responsável pelo paciente; • Codificação baseada no CID-10 e na tabela de procedimentos do SIGTAP; • Codificação de todas as internações e consultas ambulatoriais; • Registro da codificação no SAH;	• Gabinete de Codificação Clínica; • 10 médicos codificadores; • 5 médicos auditores; • Codificação baseada no CID-9^a-MC; • Uso da folha de codificação; • Suporte do aplicativo SAM e do Programa Auditor; • Codificação dos episódios de internação, ambulatório cirúrgico e urgências; • Formações mensais do hospital; • Auditoria interna a codificação;

Percebe-se, da análise realizada que o CHSJ possui um sistema de codificação clínica bem estruturado, em funcionamento desde 1989, com a codificação sendo realizada por médicos codificadores, além da realização de auditorias internas aos episódios previamente codificados.

No HU/UFSC a codificação é realizada pelo próprio profissional que atende o paciente e a revisão da codificação é feita somente para as internações. Mas mesmo nestes casos somente nas AIH que apresentem dúvidas, problemas, campos não preenchidos ou que foram recusadas, por médicos com a função de colaboradores, que utilizam métodos de trabalho diferentes. Devido a este fato tal como mencionado no item 2.3, não se observa uma padronização dos procedimentos e dos registros efetuados.

Enquanto que no CHSJ tanto a codificação como o registro desta nos sistemas é feito pelos médicos codificadores, que tem a possibilidade de realizar formações mensais oferecidas pelo próprio hospital no Brasil a digitação da codificação efetuada pelos médicos é feita por assistentes administrativos no aplicativo do próprio hospital e não se verificam capacitações ou formações para o aprimoramento nem dos servidores nem dos médicos.

Observa-se ainda que no CHSJ a realização de auditorias internas frequentes na codificação efetuada beneficiam o controle e a correta codificação da informação realizada nos atendimentos aos pacientes, bem como a qualidade da informação clínica registrada.

No HU/UFSC todas as consultas ambulatoriais são codificadas pelo CID-10 e registradas no SAH, bem como são registradas neste sistema a codificação de todas as internações, fazendo com que toda a informação dos atendimentos realizados nos pacientes possa ser recuperada para pesquisas e investigações pelos profissionais que dela necessitem. Embora se verifique no CHSJ que a informação clínica referente aos episódios possa ser recuperada, a mesma só ocorre para internação, ambulatório cirúrgico e urgências.

Tabela 6: A qualidade Hospitalar e a Segurança do Paciente no HU/UFSC e no CHSJ

	HU/UFSC	CHSJ
Qualidade Hospitalar e Segurança do Paciente	• Segurança do paciente abordada por um grupo multiprofissional do hospital; • Sem acreditação hospitalar;	• Unidade da Qualidade e Segurança do Doente; - o Atividades relacionadas a segurança do doente; - o Desenvolvimento de auditorias temáticas ou propostas pelos serviços clínicos; • Acreditação hospitalar parcial obtida em 2005, sem continuidade; • Alguns serviços certificados pela ISO 9001;

Com relação às auditorias a qualidade clínica, identificou-se no CHSJ a Unidade da Qualidade e Segurança do Doente criada em 2012. Embora recente percebeu-se como benéfica para a instituição um serviço que pode centralizar as informações sobre a qualidade hospitalar e a segurança dos pacientes, realizar auditorias nas áreas sob sua intervenção e pretender implantar a auditoria clínica e a gestão de risco. No HU/UFSC não há um setor responsável por estas questões, constatando-se a atuação de um grupo multidisciplinar atento às questões de segurança dos pacientes e a qualidade sendo tratada pela Vice-Direção Geral do hospital.

Um ponto comum entre os dois hospitais analisados é que os mesmos não possuem acreditação hospitalar específica no momento, sendo que no HU existe a previsão de iniciar estudos para sua implantação no segundo semestre de 2013 e o CHSJ já tenha obtido uma acreditação parcial no ano de 2005, mantendo a política de certificação dos processos.

3.3.2 A Gestão da Informação Clínica

Tal como referido no item 2.1 o uso que é feito da informação direciona sua definição, podendo-se inferir que a informação de saúde é toda a informação, em qualquer forma, que possua relação com o atendimento ao paciente nos hospitais analisados. Da mesma forma, a gestão da informação clínica abrange todas as atividades relacionadas com o processamento da informação de um sistema de informação hospitalar.

No que diz respeito à gestão da informação clínica (figura 17) observou-se que no CHSJ a responsabilidade é partilhada, evidenciada com a criação em 2012 do Serviço de Gestão da Informação. No HU/UFSC o Serviço de Prontuário do Paciente está organizado em serviços internos, estando à estrutura desatualizada em função da ampliação dos serviços ofertados pelo hospital, notando-se uma preocupação maior com a organização física dos prontuários dos pacientes do que efetivamente com toda a gestão da informação clínica produzida no hospital.

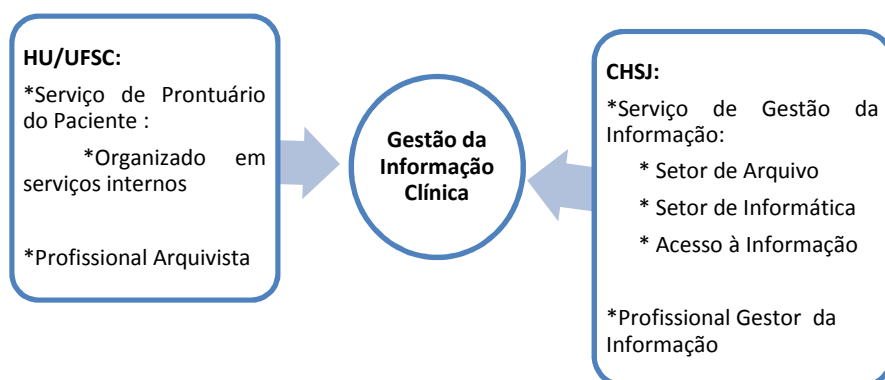


Figura 17: A estrutura dos Serviços de Gestão da Informação Clínica no HU/UFSC e no CHSJ

Com relação ao profissional da informação identifica-se no HU/UFSC um Arquivista com atuação restrita ao Serviço de Prontuário do Paciente e no CHSJ o Gestor da Informação do Arquivo Clínico. Ressalvando-se a diferença deste último, conforme já mencionado, na atuação e articulação com outros serviços do hospital e na busca efetiva da gestão da informação clínica no CHSJ.

A estrutura física do Arquivo Clínico está dispersa por mais de um espaço nos dois hospitais bem como se assinala a existência de arquivos paralelos de especialidades. Enquanto no HU/UFSC as equipes de trabalho atuam somente no arquivo ativo, onde se encontram os prontuários de uso recente e se deslocam aos outros espaços destinados ao arquivo para a localização do prontuário, no CHSJ há equipes em cada um desses locais de arquivo da documentação.

Tabela 7: Os Registros Clínicos no HU/UFSC e no CHSJ

Os Registros Clínicos	
HU/UFSC	CHSJ
• Prontuário único do paciente em suporte papel; - o Grande variedade de tipologias documentais sem padronização; - o Utilização de uma listagem para a organização do prontuário; • Atendimento de emergência em suporte eletrônico e impressão da documentação; • Existência de arquivos clínicos paralelos; • Sistema de Administração Hospitalar; • Arquivo de Prontuário de Pacientes com cinco espaços de arquivamento;	• Registros clínicos organizados por episódios; - o Episódios de internação separados dos episódios de consulta; - o Episódios de consulta arquivados na capa do processo clínico e disponíveis em suporte eletrônico; • Atendimento de urgência em suporte eletrônico; • Produção de registros clínicos em suporte papel e eletrônico; - o Grande nº de aplicativos informáticos (66); • Existência de arquivos clínicos paralelos; • Estratégias de digitalização e microfilmagem; • Arquivo clínico com 14 espaços de arquivamento;

A existência de registros clínicos em suporte papel e eletrônico aliada ao grande número de aplicativos informáticos existentes no CHSJ é um dos fatores de dificuldades na organização dos registros clínicos. Ainda, a não existência de um processo clínico único por doente, mas de episódios de atendimento separados, aliada a registros digitalizados e microfilmados, contribui para a dispersão da informação e constrangimentos na organização da informação clínica.

Embora com problemas e constrangimentos um prontuário único por paciente no HU/UFSC contribui para a unificação da informação. No entanto, para que tal aconteça, é preciso que o hospital organize efetivamente a gestão da informação clínica. Com relação às tipologias documentais, como analisado no item 3.1.2 não há padronização dos registros em papel e em formato eletrônico. Quanto a estes últimos, embora seja possível produzir registros clínicos no SAH, todos são impressos e anexados aos prontuários. A organização dos documentos no prontuário do paciente segue uma listagem padrão, porém com necessidade de reformulações.

No CHSJ, a maior parte dos atendimentos é registrada nos aplicativos informáticos em uso no hospital e somente algumas especialidades solicitam a capa do processo clínico. Nos episódios de internação, embora todos os registros sejam feitos no sistema, alguns documentos impressos ainda são utilizados, os quais são organizados conforme uma listagem de ordenação de documentos elaborada pelo hospital. Alguns documentos desta listagem, no entanto, deixaram de existir em suporte papel com a adoção dos registros em formato eletrônico. Assim, cada episódio de internação gera um envelope contendo documentos que são conferidos pelo Arquivo Clínico no recebimento.

Tabela 8: A Identificação e Admissão do Paciente no HU/UFSC e no CHSJ

HU/UFSC	CHSJ
A identificação do paciente	
Identificação única associada ao número do Cartão Nacional do SUS;	- Identificação do doente: - Nº sequencial único, do sistema de informação; - Nº do doente atribuído pelo CHSJ; - Associada a identificação nacional – nº utente do SNS;
Admissão do paciente	
- Consulta externa: - Atenção básica no HU/UFSC; - Especialidades via Central de Regulação; - Atendimento de emergência; - Internações;	- Consulta externa: - Solicitação feita no CHSJ; - Triagem feita pelo médico da especialidade; - Atendimento de urgência; - Internações;

Nos dois hospitais analisados a admissão do paciente é feita da mesma forma, ressaltando-se a diferença nas consultas externas. No CHSJ a solicitação é feita pelos Centros

de Saúde diretamente no hospital e a marcação feita após avaliação do médico da especialidade. No HU/UFSC somente são marcadas consultas no próprio hospital nas consultas de atenção básica, em função da Residência Médica. Nas consultas de especialidades a responsabilidade pela triagem e marcação é da Secretaria Municipal de Saúde do município com a qual é feita a contratualização das mesmas.

Quanto à identificação dos pacientes, mesmo com a necessidade de melhorar a gestão de identificação dos doentes e evitar falhas e duplicidades atuais, uma das potencialidades do HU/UFSC está no fato de que estes são identificados por um único número no hospital, gerando um prontuário único do paciente e utilizado em todos os atendimentos. O número do Cartão Nacional do SUS é associado à identificação do paciente no SAH e aparece na folha de identificação impressa e anexada ao prontuário, sendo sua utilização relacionada na maior parte dos casos a autorizações de exames e procedimentos de alto custo. No CHSJ, como a organização do processo clínico é por episódios de atendimento, cada um destes gera um número onde é adicionada toda a informação produzida naquele episódio, que é associado ao número de identificação do doente atribuído pelo CHSJ, possibilitando, desta forma, localizar toda a informação do paciente produzida no hospital. Em todos os episódios é associada à identificação nacional que os pacientes possuem em Portugal, o número de utente do SNS.

Tabela 9: O acesso a Informação Clínica no HU/UFSC e no CHSJ

O acesso a Informação Clínica	
HU/UFSC	CHSJ
• Inexistência de regras ou orientação formal sobre o acesso aos prontuários dos pacientes; • Solicitações de acesso aos prontuários para investigação com autorização de um responsável; • Solicitações de acesso de usuários externos atendidas pelos próprios servidores do Arquivo de Prontuário do Paciente;	• Gabinete de Apoio – RAI afere da legitimidade do pedido; • Gestão das solicitações efetuadas numa base de dados; • Pedidos de investigação submetidos a direção dos serviços para autorização; • Pedidos de usuários externos submetidos ao médico ou especialidade médica responsável; • Cópias certificadas pelo Arquivo Clínico;

No que diz respeito ao acesso a informação clínica para investigação e por parte de usuários externos, percebe-se uma gestão e um controle efetivo no CHSJ, por parte do Gabinete de Apoio ao RAI e do Arquivo Clínico. No HU/UFSC o acesso é de responsabilidade do Arquivo de Prontuário do Paciente, porém possui pouco controle ou orientações formais. Tal como constatado no item 3.1.2 não há um responsável efetivo pelo atendimento de tais solicitações, sendo as informações repassadas verbalmente ao longo dos anos para os servidores do Arquivo de Prontuário do Paciente.

4 Proposta de Organização das Práticas de Gestão da Informação Clínica e das Auditorias aos Prontuários dos Pacientes para o HU/UFSC

A análise e a percepção das semelhanças e diferenças entre o HU/UFSC e o CHSJ no que diz respeito à auditoria de qualidade aos prontuários do pacientes permitiu compreender os processos e atividades funcionais inerentes às práticas de auditoria e à gestão da informação clínica existentes nestes dois contextos.

Como resultado do diagnóstico realizado e do estudo efetuado no decorrer neste trabalho apresenta-se neste capítulo recomendações que pretendem apoiar o HU/UFSC na adoção de estratégias que visem a melhoria da qualidade da informação contida em todos os registros clínicos produzidos no hospital, os quais foram identificados ao longo desta pesquisa. As recomendações propostas, com o intuito de melhorar as práticas institucionais, foram separadas em três grupos: a gestão da informação, o acesso à informação e as auditorias. Estas foram aprofundadas nos subcapítulos a seguir.

4.1. As Práticas de Gestão da Informação Clínica

A análise das atividades inerentes à gestão da informação no HU/UFSC permitiu conhecer as potencialidades existentes na instituição e identificar aspectos em que é necessário realizar melhorias. Dessa forma, as recomendações aqui propostas foram organizadas por atividade com a respectiva descrição para sua implementação (tabela 10). Procurou-se elencar questões cuja abrangência fosse transversal à gestão da informação na instituição, a gestão da informação clínica e ao arquivo de prontuários de pacientes.

No que se refere à organização dos prontuários e das tipologias documentais que o compõem, cabe destacar que sua efetiva implantação dependerá em grande parte, do proposto em relação ao levantamento completo de toda a documentação produzida e armazenada no hospital e da implantação do grupo multidisciplinar. A atuação deste grupo visa organizar os procedimentos e definir as demandas iniciais referentes à proposta de organização da informação clínica no hospital. Posteriormente, todas as questões relacionadas ficarão sob a responsabilidade da Comissão de Revisão de Prontuários.

Tabela 10: Recomendações para a Gestão da Informação Clínica do HU/UFSC

Atividade	Descrição
Gestão institucional	• A Direção Geral do Hospital deverá indicar um serviço ou pessoa responsável pela atualização dos organogramas da instituição, atualmente em desacordo entre si.
Comissão de Revisão de Prontuários	• Caberá à Comissão analisar as questões sobre a qualidade da informação produzida no hospital, através da revisão sistemática de prontuários de pacientes e, de posse destes dados estatísticos, propor mudanças ou novos métodos de organização da informação dos registros produzidos. • Analisar, em conjunto com a Comissão de Documentação Médica e Estatística, todos os pedidos de inserção de novas tipologias documentais propostas pelos serviços, aprovando-as ou não. • Analisar os pedidos de acesso à informação, liberando-os ou não.
Realizar o levantamento completo de todas as tipologias documentais produzidas no HU/UFSC, em todos os formatos	• O levantamento efetuado das tipologias documentais impressas constatou documentos similares, registros produzidos em meio eletrônico que são impressos e anexados ao prontuário além de documentos produzidos em formato Word. Assim, deverá ser realizado de um levantamento completo de todas as tipologias documentais existentes tanto em suporte papel como as produzidas no SAH e em outros aplicativos informáticos. • Para o levantamento das tipologias produzidas no SAH, sugere-se realizar entrevistas e reuniões com o Serviço de Informática a fim de identificar todos os documentos produzidos.

«continua»

«continuação»

Atividade	Descrição
Criar um grupo multiprofissional para tratar as questões de gestão da informação clínica	• Integrar a este grupo a Comissão de Documentação Médica e Estatística, a Comissão de Revisão de Prontuários, o Serviço de Informática e as Arquivistas do hospital; bem como representantes dos profissionais diretamente envolvidos com a utilização da informação no atendimento ao paciente. • Analisar e normatizar os documentos para o prontuário do paciente em suporte papel e eletrônico e a melhor forma de reorganização dos atuais prontuários em suporte papel, com base no levantamento das tipologias documentais a ser realizado. • Deverá ser considerado, nesta avaliação: - o As tipologias documentais mais utilizadas pelos produtores da informação clínica no hospital; - o A experiência dos médicos revisores dos prontuários da maternidade, identificados através de levantamento dos arquivos paralelos, os quais somente depois da revisão dos registros os consideram confiáveis. • Analisar e avaliar a problemática referente aos exames radiológicos acumulados ao longo do tempo, propondo uma solução efetiva. • Propor a reorganização interna do prontuário, separando a documentação por grupos de tipologias, com o objetivo de facilitar a busca e o acesso à informação.
Realizar entrevistas com as Unidades e Serviços que atendem os pacientes	• Considerando-se que foram identificados arquivos de prontuários paralelos ao SPP e banco de dados utilizados por outro serviço e não integrado ao SAH, as entrevistas possibilitarão identificar a totalidade dos arquivos departamentais existentes e propor formas de articulação destes com o Arquivo de Prontuário do Paciente.

«continua»

«continuação»

Atividade	Descrição
Organização do prontuário do Paciente	• Para os registros clínicos produzidos no SAH e anexados ao prontuário: - o Enquanto a estratégia de manter os prontuários em suporte papel se mantiver paralela ao SAH, e enquanto o mesmo não possuir implementadas as questões de confidencialidade, autenticidade, assinatura e certificação digital de acordo com a legislação vigente, deverá ser estudada a possibilidade de impressão de um resumo de todos os exames de análises clínicas no final da internação, bem como a otimização de impressões de prescrições e evoluções em folhas A4 frente e verso. Isto diminuirá consideravelmente o volume de documentos em formato papel nos prontuários. • Padronizar a cor das capas do prontuário e das divisórias internas do prontuário do paciente. • O prontuário em suporte papel e eletrônico deverá conter como documentos mínimos os considerados obrigatórios pelas auditorias externas e pela Resolução nº 1.638/2002 do CFM (item 2.2 e anexo 6).
Produção de novas tipologias documentais	• Posteriormente aos trabalhos do grupo multiprofissional, todas as solicitações de criação de novas tipologias documentais deverão ser encaminhadas à Comissão de Revisão de Prontuários. • Deverá ser criada uma normativa interna a ser distribuída para os setores de almoxarifado e de informática para que todas as novas solicitações sejam enviadas à comissão. • De posse da solicitação, a comissão avaliará juntamente com a Comissão de Documentação Médica e Estatística, as Arquivistas do hospital e o Serviço de Informática a viabilidade para atendimento do pedido.

«continua»

«continuação»

Atividade	Descrição
Prontuário eletrônico e implantação do novo sistema AGHU	• Deverá ser analisada a sistemática de implantação do AGHU de modo a organizar a melhor forma de produção e armazenamento de documentos em formato eletrônico, para evitar os atuais constrangimentos atuais do grande volume de registros clínicos produzidos no SAH, impressos e adicionados ao prontuário. • A estratégia de implantação do AGHU tem como proposta futura o prontuário eletrônico. Se a estratégia consistir em utilizar inicialmente prontuários em suporte papel, em paralelo ao sistema eletrônico, deverá se observar os pontos abordados em 2.1, tais como a interoperabilidade com o sistema atual da instituição, treinamento e suporte dos servidores, segurança, confiabilidade e autenticidade dos registros.
Digitalização dos registros clínicos	• As possíveis estratégias de digitalização também deverão ser discutidas pelo grupo multiprofissional formado antes de ser implementadas. Deverão ser precedidas de um estudo que enfoque: - o O tipo de informação com maior frequência de uso pelos profissionais; - o Quais as tipologias documentais mais acessadas em pesquisas e investigações; - o Se o sistema possui disponibilidade para a interoperabilidade e atualização constante dos registros, no que diz respeito à integração destes ao sistema que será utilizado no HU/UFSC.

«continua»

«continuação»

Atividade	Descrição
Lista de montagem do prontuário	• Deverá ser revista e atualizada pelo grupo multidisciplinar proposto e posteriormente distribuída para todas as Unidades de Internação que, de posse desta nova listagem, deverá: - o Organizar o prontuário em suporte papel antes do envio deste para o Setor de Regulação de AIH, por tipologia documental – ao contrário do que acontece atualmente, em que os mesmos são enviados com os documentos totalmente desorganizados. • O setor de Regulação de AIH deverá, por sua vez, conferir se este procedimento foi realizado no momento do recebimento ou devolver o mesmo à Unidade para organização.
Identificação do paciente	• O SAH deverá permitir a emissão de alertas para os ambulatorios de consultas quando o cadastro do paciente estiver desatualizado para que se proceda à devida atualização nos dados do paciente; • A atualização deverá ser possível a serviços transversais ao SPP que atendam o paciente e utilizem o sistema informatizado; - o Neste caso o sistema emitirá um alerta ao Arquivo de Prontuário do Paciente que deverá proceder à impressão da ficha de identificação atualizada e anexar ao prontuário, enquanto perdurar o suporte em papel. • A atualização ou cadastro de um novo paciente deve ser possível em horários anteriores ao do atendimento, ao contrário do que atualmente acontece somente no turno de atendimento, a fim de evitar atrasos nas consultas, tumultos e filas de espera.

«continua»

«continuação»

Atividade	Descrição
Reestruturar o Serviço de Prontuário do Paciente	- A Direção Geral do HU/UFSC previu a reestruturação das funções do atual SPP passando o Arquivo de Prontuário do Paciente a um Serviço independente (item 3.1.2). De acordo como estudo aqui realizado, propõe-se a criação do Serviço de Gestão da Informação Clínica. Tal serviço justifica-se em função de que existe a necessidade de coordenação de toda a informação clínica produzida no hospital e para que um trabalho efetivo acerca da qualidade da informação possa ser realizado. Assim, este Serviço tratará não só os prontuários de pacientes, como também os registros clínicos hoje dispersos. <pre> graph TD DA[Diretoria de Apoio Assistencial] --> SGIC[Serviço de Gestão da Informação Clínica] DR[Diretoria de Administração] --> SI[Serviço de Informática] SGIC <--> SI SGIC --> SAP[Seção de Arquivo de Prontuário do Paciente] SGIC --> SE[Seção de Estatística] SGIC --> SAI[Seção de Acesso à Informação] </pre> Figura 18: Estrutura proposta para o Serviço de Gestão da Informação Clínica - Este serviço estará vinculado na estrutura organizacional à Diretoria de Apoio Assistencial e em sua estrutura interna constarão o Arquivo de Prontuário do Paciente, a Seção de Estatística e a Seção de Acesso a Informação.

«continua»

«continuação»

Atividade	Descrição
Reestruturar o Serviço de Prontuário do Paciente	• As atividades e funções deste serviço relacionadas à produção de registros em formato eletrônico serão desenvolvidas em conjunto com o Serviço de Informática, por este ter sob sua responsabilidade a gestão dos registros eletrônicos bem como as questões relativas à gestão do aplicativo atual (SAH) e do que está em desenvolvimento (AGHU). • O Serviço de Gestão da Informação Clínica disporá de uma recepção para organizar as tarefas do setor e o atendimento aos usuários, colaborando, desta forma, para que o Arquivo de Prontuário do Paciente possa desenvolver melhor suas atividades internas. • Definir e normatizar regras de trabalho a cada um dos setores internos, de modo a organizar o trabalho e proporcionar aos servidores do arquivo de prontuários disponibilidade para organização das tarefas internas e da documentação no prontuário. • Organizar-se-á um link para informações gerais sobre o Serviço de Gestão da Informação Clínica e o Arquivo de Prontuário do Paciente na página principal do hospital disponível na internet.
Retomar o projeto da construção de um espaço destinado ao Arquivo de Prontuário do Paciente	• A importância da centralização das atividades de tratamento e armazenamento dos prontuários dos pacientes facilitará a gestão da informação clínica produzida no hospital. • Centralizar os espaços dispersos com arquivos de prontuários de pacientes pelo hospital num único espaço facilitará e otimizará o trabalho dos servidores, proporcionando maior qualidade do serviço ofertado pelo Arquivo de Prontuário do Paciente. • Conforme proposto, este novo espaço abará as atividades do Serviço de Gestão da Informação Clínica.

«continua»

«conclusão»

Atividade	Descrição
Codificação	• Deverá ser designado um responsável pela coordenação das atividades da codificação Hospitalar, o qual terá sob sua responsabilidade: - o A reorganização dos fluxos e da forma de codificação das internações hospitalares; - o A contínua organização da codificação dos atendimentos ambulatoriais; - o A organização de capacitações internas aos médicos do hospital e; as formações iniciais aos novos médicos que integrarem a estrutura da instituição; • Capacitar os assistentes administrativos responsáveis pela digitação da codificação no SAH.

4.2 O Acesso à Informação Clínica

Tendo em vista a análise efetuada no HU/UFSC referente ao acesso à informação contida nos prontuários dos pacientes e que a mesma necessita de reformulações, sugere-se a criação de uma Seção de Acesso a Informação, a qual estará vinculada ao Serviço de Gestão da Informação Clínica. Esta seção contará com um funcionário responsável que irá avaliar e fazer os encaminhamentos necessários das solicitações de acesso efetuadas no hospital.

As solicitações de acesso à informação clínica tanto para investigação como as de usuários externos deverão ser entregues na recepção do Serviço de Gestão da Informação Clínica, que encaminhará o pedido ao responsável designado. Caberá ainda à recepção, informar aos pesquisadores e usuários da data em que os prontuários ou cópias destes estarão disponíveis tanto para pesquisa ou para retirar as cópias solicitadas.

Nos casos de acesso para investigação, as solicitações deverão estar autorizadas pelo Serviço a que os pesquisadores estiverem vinculados ou pela Comissão de Ética. A solicitação, entregue na recepção do Serviço de Gestão da Informação Clínica, deverá ser encaminhada ao responsável designado pelo acesso à informação clínica, que após análise enviará o pedido a recepção do Serviço para agendamento da pesquisa. Os prontuários ficarão disponíveis na sala de pesquisa anexa à recepção do serviço e, no dia agendado para entrega os investigadores receberão instruções sobre o manuseio e utilização dos prontuários.

Nos casos de acesso à informação por usuários externos as solicitações serão encaminhadas à Comissão de Revisão de Prontuário, onde um médico responsável avaliará a solicitação e o conteúdo a ser liberado sendo que:

- As solicitações deverão ser feitas em formulário próprio para esta finalidade, pessoalmente, na recepção do Serviço de Gestão da Informação Clínica, por fax ou correio eletrônico e devem estar acompanhadas de um documento de identificação.
- As informações para envio das solicitações por correio eletrônico constarão da página do serviço a ser criada.
- Os usuários serão informados da data que a informação estará disponível para ser retirada.
- A responsabilidade por reunir a informação das solicitações será do Arquivo de Prontuário do Paciente.
- O hospital definirá um limite de cópias que serão liberadas sem custo ao paciente e a forma de pagamento das que excederem o limite.
- Todas as cópias serão certificadas pelo Arquivo de Prontuário do Paciente.

Sugere-se ao HU/UFSC, no âmbito deste trabalho, um manual com orientações sobre o acesso à informação clínica, o qual é apresentado no próximo tópico. Como tal, este é apresentado completo com a legislação associada sob a qual está amparado, o formulário de solicitação à informação clínica por usuários externos e com tópicos internos separados para uma melhor compreensão.

4.2.1 Proposta de Manual de Acesso às Informações Clínicas do HU/UFSC

O Serviço de Gestão da Informação Clínica (SGIC) e a Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) do Hospital Universitário da UFSC (HU/UFSC) procura, através deste documento, aplicar os princípios éticos na preservação do sigilo e na privacidade do paciente, além de padronizar as práticas referentes a consultas, pesquisas e cópias dos registros clínicos sob a guarda da instituição.

O acesso à informação clínica do HU/UFSC e a obtenção de cópias dos registros clínicos é administrada pelo Serviço de Gestão da Informação Clínica, através de um responsável designado oficialmente. As condições para o acesso observarão o disposto neste manual e a legislação vigente:

- Código Penal, artigos 154 e 269;
- Código de ética médica, capítulos I, IX e X ;
- Resolução do CFM 1.488/1998 e suas modificações (Resolução CFM 1.810/2006 e Resolução CFM 1.940/2010);

- Resolução do CFM 1.605/2000;
- Pareceres do CFM nº 22/2000 e 06/2010;
- Nota Técnica do Setor Jurídico CFM nº 002/2012.

De acordo com a legislação mencionada cabe destacar:

- a) O profissional que faz assistência ao paciente deve registrar os atendimentos, que devem estar completos, legíveis e assinados. Depois de feitos os registros, estes não podem ser apagados.
- b) O prontuário do paciente é de propriedade do mesmo, mas é de responsabilidade do hospital e do profissional que o atende garantir sua guarda, segurança e sigilo das informações.
- c) O prazo de conservação do prontuário em suporte papel que não for arquivado eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado é de 20 anos a contar do último registro. Quanto ao prontuário armazenado eletronicamente, digitalizado ou microfilmado, este deve ser mantido sob guarda permanente.
- d) O direito ao sigilo das informações sobre pacientes é garantido pela legislação mencionada. O descumprimento levará as penas cabíveis.

1 Consultas e Pesquisas a Prontuários de Pacientes

1.1 Profissionais e acadêmicos do próprio Hospital

Os registros clínicos de pacientes do HU estão disponíveis para consulta local (no SGIC), em sala específica, aos profissionais e alunos envolvidos com o atendimento ao paciente.

Todos os registros clínicos e prontuários de pacientes não poderão ser retirados do SGIC para consultas e pesquisas sob nenhuma hipótese. Somente poderá haver exceções para atender a Direção Geral do HU em solicitações administrativas e jurídicas conforme disposto no art.4º da Resolução CFM nº 1.605/2000.

Nas pesquisas e consultas aos prontuários:

- Todas as solicitações de pesquisas e investigações clínicas deverão ser autorizadas pelo Serviço a que o pesquisador estiver vinculado e, para os estudantes, autorizados pelo professor responsável, acompanhados da identificação do perfil assistencial (profissionais e estudantes) no HU/UFSC.
- Projetos de pesquisa específicos que necessitem da aprovação da Comissão de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da UFSC deverão estar acompanhados da aprovação desta.

- As solicitações deverão ser encaminhadas ao responsável pelo acesso a informação do Serviço de Gestão da Informação Clínica.
- Toda consulta será registrada no Sistema de Administração Hospitalar com identificação obrigatória do nome do pesquisador, telefone e nome da pesquisa.
- Auditorias internas, membros das Comissões de Prontuários, Comissões de Óbitos, Comissões de Infecção Hospitalar e Registro Hospitalar de Câncer (RHC) poderão solicitar prontuários para consultas com assinatura do responsável ou coordenador da comissão.
- Para avaliações pré-cirúrgicas e para o Núcleo de Vigilância Sanitária Hospitalar (NUVISAH) serão liberados até 15 prontuários sob a responsabilidade do coordenador do setor.
- As solicitações poderão ser efetuadas no horário de funcionamento do SGI.
- A separação dos registros e dos prontuários só poderá ser feita por servidores do Arquivo de Prontuário do Paciente, sendo obrigatório o registro no Sistema de Administração Hospitalar do HU/UFSC.
- O prazo de entrega dos prontuários solicitados para pesquisa será definido pelo SGIC no momento da entrega da solicitação.
- Os prontuários ficarão a disposição para pesquisa por 5 dias úteis em sala específica para este fim no SGIC. Findo este prazo serão arquivados.
- Os pesquisadores que necessitarem de um período maior para pesquisa terão o prazo máximo de 10 dias úteis. Os registros clínicos e os prontuários continuarão neste período na sala de pesquisa e deverão ser identificados com uma anotação para não serem arquivados. Após este prazo serão recolhidos e arquivados.
- Prontuários e/ou registros clínicos que estiverem sem qualquer anotação dispostos pela mesa da sala de pesquisa serão arquivados.
- É proibido **COPIAR E FOTOGRAFAR** prontuários e exames. A única exceção se dá quando houver autorização por escrito do paciente com cópia do RG e CPF, que deverá ser anexada ao prontuário (Código de ética médica, art. 89).
- É proibida a retirada de prontuários de óbitos do SGIC para consultas ou preenchimento de formulários (item 1.1). Exceção feita à Comissão de Óbitos e Registro Hospitalar de Câncer (RHC).

1.2 Profissionais e pessoas externas ao Hospital

1.2.1 Perito médico designado por autoridade judicial

A solicitação deverá ser encaminhada ao responsável pelo acesso a informação do SGIC.

A consulta ao prontuário e/ou registros clínicos do paciente poderá ser liberada a peritos médicos, desde que designado por autoridade judicial competente (Juiz) e mediante identificação (carteira do Cremesc).

A solicitação oficial deverá ser fotocopiada e anexada ao prontuário juntamente com a identificação do perito.

Suporte legal: Resolução do CFM nº 1.605/2000.

1.2.2 Auditor médico de empresas seguradoras

É vedado ao hospital “prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito, salvo por expresse consentimento do seu representante legal” (artigo 77 do Código de Ética Médica).

A solicitação deverá encaminhada ao responsável pelo acesso a informação do SGIC com expressa autorização do paciente, que deve estar presente ou outorgar procuração para que a liberação do registro ocorra.

1.2.3 Vigilância sanitária e epidemiológica

Os prontuários e/ou registros clínicos serão liberados para consultas de notificações previamente informadas pelo HU/UFSC. As consultas serão realizadas por profissionais da saúde, restrito às informações relacionadas a doença que motivou a notificação.

Os investigadores deverão estar cadastrados no SGIC para esta finalidade. O cadastro deverá ser atualizado anualmente.

A consulta deverá ser local, em sala específica, localizada no SGIC.

1.2.4 Profissionais externos ao hospital, sem autorização do paciente

Estes profissionais deverão ser orientados a procurar o responsável pelo acesso a informação do SGIC.

O acesso às informações contidas no prontuário do paciente somente poderá ser feito com autorização expressa do paciente ou representante legal.

2. Acesso a Informação por usuários externos

O acesso à informação dos prontuários e/ou registros clínicos do HU/UFSC por usuários externos e a cópia destes observará à legislação vigente e o disposto nos itens a seguir:

- a) As solicitações poderão ser feitas pessoalmente na recepção do SGIC, por fax ou correio eletrônico, mediante solicitação formal (em anexo) e acompanhada de um documento de identificação oficial, no horário de funcionamento do serviço.

- O SGIC disporá de espaço na página no site na internet do HU/UFSC onde o formulário padrão de solicitação poderá ser acessado.
 - As solicitações poderão ser feitas pelo próprio paciente ou seu representante legal mediante solicitação formal (em anexo) e com apresentação de documento de identificação oficial.
 - Os usuários serão informados da data em que a informação estará disponível para ser retirada.
 - A entrega das cópias será registrada no documento de solicitação da informação
- b) Toda solicitação de acesso à informação por usuários externos será encaminhada a Comissão de Revisão de Prontuário onde um médico responsável avaliará a solicitação e o conteúdo a ser liberado.
- c) Ao Arquivo de Prontuário do Paciente cabe reunir toda a informação das solicitações e certificar as cópias efetuadas.
- d) O prazo para reunir a informação e atender a solicitação é de até sete dias úteis.
- e) Acesso ao prontuário de paciente menor de idade: deverá ser feita pelos pais ou representantes legais, sendo a liberação deferida ou não pela Comissão de Revisão de Prontuário em atenção ao artigo 74 do código de Ética Médica que diz: “é vedado ao médico revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente”.
- f) Para terceiros: com autorização expressa do paciente ou seu representante legal, por escrito, com fotocópia de documento de identidade, conferindo-se a assinatura constante na autorização e na cópia do documento.
- g) Para sua defesa judicial, médicos poderão ter acesso à cópia do prontuário, mediante liberação da Direção Geral do HU/UFSC.
Amparo legal: Resolução do CFM 1.605/2000, art.7º e Código de Ética Médica, art.89.
- h) Solicitações judiciais poderão ser atendidas **sem** autorização de pacientes ou responsáveis com anuência da Comissão de Revisão de Prontuário.
Amparo legal: Resolução do CFM 1.605/2000, art.4º e Código de Ética Médica, art.89.
- i) Cópia de registro de óbito ocorrido no HU: só será liberada por ordem judicial ou por requisição do CFM ou do CRM.
Amparo legal: Artigo 6º da Resolução CFM 1.605/2000, Parecer CFM 06/10 e Nota Técnica do Setor Jurídico CFM nº 002/2012.
- j) As solicitações de outros hospitais ou clínicas onde o paciente estiver internado serão atendidas conforme solicitação do médico responsável pelo paciente e encaminhada por fax ou correio eletrônico.

Todas as eventuais dúvidas referentes ao acesso à informação clínica do HU/UFSC serão enviadas a Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) que terá sete dias úteis para emitir parecer, salvo casos de urgência.

Legislação Associada

Brasil. “Decreto- Lei nº 2.848/1940, de 7 de dezembro. Código Penal.” 2013. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm (acesso em 23 de Maio de 2013).

—. “Nota Técnica Setor Jurídico CFM nº 02/2012, de 29 de março de 2012. Acesso ao prontuário médico pelos parentes do falecido.” *Conselho Federal de Medicina*. 29 de Março de 2012. http://www.portalmedico.org.br/notasdespachos/CFM/2012/2_2012.pdf (acesso em 26 de Maio de 2013).

—. “Processo consulta CFM nº 1.973/2000. PC/CFM/Nº 22/2000, de 10 de agosto. Fornecimento de documentos de pacientes a delegados de Polícia, promotores e juízes.” *Conselho Federal de Medicina*. 10 de Agosto de 2000. http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/2000/22_2000.htm (acesso em 26 de Maio de 2013).

—. “Processo Consulta CFM nº 4.384/07. Parecer CFM Nº 6/10, de 05 de fevereiro. Liberação de prontuário médico a representante legal de paciente falecido.” *Conselho Federal de Medicina*. 05 de Fevereiro de 2010. http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2010/6_2010.htm (acesso em 26 de Maio de 2013).

—. “Resolução CFM nº 1.605/2000.” *Conselho Federal de Medicina*. 29 de Setembro de 2000. http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2000/1605_2000.htm (acesso em 10 de Janeiro de 2013).

—. “Resolução CFM nº 1.931/2009. Aprova o Código de Ética Médica.” *Conselho Federal de Medicina*. 17 de Setembro de 2009. http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122 (acesso em 20 de Novembro de 2012).

—. “Resolução CFM nº 1488/1998, de 06 de março e modificações. Dispõe de normas específicas para médicos que atendam o trabalhador.” *Conselho Federal de Medicina*. 06 de março de 1998. http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1998/1488_1998.htm (acesso em 26 de Maio de 2013).

Formulário de solicitação de acesso à informação de prontuário e/ou registros clínicos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO TIAGO
DIRETORIA DE APOIO ASSISTENCIAL
SERVIÇO DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO CLÍNICA

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ACESSO A INFORMAÇÃO (frente)

() Paciente _____
 prontuário nº _____ documento de identificação nº _____
 _____ (anexar cópia)

() Representante legal _____
 (anexar cópia de documento de identificação e autorização do paciente)

SOLICITA CÓPIA DE:

() Prontuário total
 () Prontuário parcial: _____

() Atendimento de emergência em ____/____/____
 () Outro registro de atendimento no HU/UFSC em ____/____/____

FINALIDADE: () Acompanhamento médico

() outra: _____

Data da solicitação: ____/____/____

 Paciente/Responsável legal

 Serviço de Gestão da Informação Clínica

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ACESSO A INFORMAÇÃO (verso)

Parecer da Comissão de Revisão de Prontuário:

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Médico Responsável

(Assinatura legível com CRM ou carimbo e assinatura)

COMPROVAÇÃO DE ENTREGA:

Recebi a cópia solicitada acima no dia ____/____/____

Paciente/Responsável legal

Serviço de Gestão da Informação Clínica

4.3 A Auditoria

Conforme constatado neste estudo, percebe-se a importância das atividades de auditoria em suas diversas áreas. Considerando que esta contribui para a gestão efetiva da informação clínica, bem como para a melhoria da qualidade das informações dos registros clínicos produzidos, armazenados e acessados no hospital, propõe-se à Direção Geral do HU/UFSC a criação de um Serviço de Auditoria Interna. Este estará vinculado diretamente à Direção Geral do Hospital e contará com responsáveis efetivamente nomeados para este fim. Considerando os resultados encontrados neste trabalho e a forma com que as atividades de auditoria se relacionam com as de gestão da informação, sugere-se ao Hospital que o responsável pelo Serviço de Gestão da Informação integre a equipe do Serviço de Auditoria Interna.

Este serviço terá sob sua responsabilidade a coordenação de atividades de auditoria interna, de auditorias a codificação e da qualidade hospitalar, bem como de outras necessidades que possam surgir evitando-se, assim, a dispersão de informações, facilitando o controle e avaliação interna e buscando como objetivo final a melhoria da gestão institucional. Além disso, será o Serviço com a responsabilidade de acompanhar as auditorias externas realizadas no HU/UFSC e responder às demandas destas inspeções, bem como articular ações integradas à Auditoria Interna da UFSC.

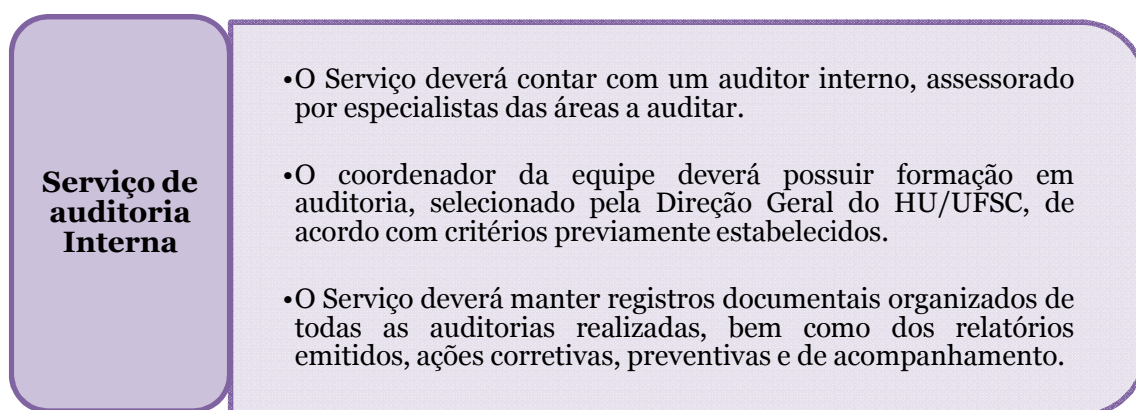


Figura 19: Organização do Serviço de Auditoria Interna do HU/UFSC

Com a finalidade de auxiliar o desenvolvimento das auditorias no hospital sugere-se o guia de auditoria apresentado na tabela 11, o qual pode ser adaptado a cada situação, conforme a necessidade.

Tabela 11: Guia de atividades para os processos de auditoria interna do HU/UFSC

Guia de atividades para os processos de auditoria interna	
Definir o objetivo da auditoria e identificar a área a auditar	• O objetivo deverá ser definido de acordo com as necessidades e plano de ação do Serviço, podendo ser, dentre outros: - o Atender os requisitos de certificação do hospital, - o Identificar a conformidade da codificação realizada, - o Avaliar a qualidade da informação produzida e armazenada nos registros clínicos, - o Acompanhar as atividades de auditorias externas.
Planejar as ações e atividades de auditoria	• Definir a responsabilidade pela gestão da auditoria a ser realizada. • Selecionar os participantes da equipe auditora de acordo com a área e o objetivo definido, integrando especialistas com conhecimentos e habilidades conforme os critérios definidos para a área auditada. - o Os integrantes da equipe auditora devem possuir qualidades como princípios éticos e diplomáticos, ser observador e perceptivo, dentre outros. • Definir o tipo de informação necessária e como será coletada (o método de recolha dos dados). • Preparar um plano de trabalho, avaliar previamente a documentação da área a ser auditada, definir instrumentos e documentos de trabalho.

«continua»

«conclusão»

Guia de atividades para os processos de auditoria interna	
Recolha e tratamento da informação	• Fazer uma reunião de abertura dos trabalhos de auditoria com o setor a ser auditado para apresentar a equipe e o objetivo da auditoria. • Examinar criticamente a documentação da área auditada. • A equipe deverá observar os processos de trabalho no local. • A coleta da informação será feita por meio de questionários, entrevistas individuais e em grupo. • Analisar e avaliar as informações coletadas. • Reunião de encerramento da auditoria. • Elaborar um relatório final com a análise crítica dos resultados encontrados e as recomendações de melhorias a ser entregue para o responsável da área auditada e para a Direção Geral do HU/UFSC.
Ações de acompanhamento da auditoria	• Na entrega do relatório final da auditoria a Direção Geral do HU/UFSC definirá se serão implementadas as mudanças e ações corretivas sugeridas. • Reiniciar o ciclo de atividades de auditoria periodicamente, de acordo com o plano de trabalho definido pelo Serviço, a fim de acompanhar as alterações sugeridas, verificar se houve melhorias e monitorar os indicadores hospitalares e os em que se verificaram problemas.

Conclusão

O objetivo principal deste estudo foi analisar as práticas de auditorias realizadas nos HU/UFSC no Brasil e no CHSJ em Portugal e identificar os processos funcionais referentes à gestão dos registros clínicos do HU/UFSC, na tentativa de entender as práticas atuais do hospital brasileiro e, ao comparar com o CHSJ, contribuir para a melhoria dos processos relacionados à gestão da informação clínica e nos processos de auditoria no HU/UFSC.

Os resultados apresentados neste estudo tem a pretensão de contribuir para a definição das políticas de gestão de informação clínica do HU/UFSC, bem como para organizar as práticas e os processos inerentes às auditorias internas e externas.

Identificar os processos informacionais de produção dos registros clínicos permitiu perceber todos estes processos no HU/UFSC e detectar todos os registros produzidos no hospital, não só os referentes aos prontuários dos pacientes. A análise dos fluxos de produção, armazenamento e acesso dos prontuários dos pacientes permitiu conhecer todos os mecanismos atualmente existentes e formular propostas que podem se transformar em estratégias institucionais e melhorar as práticas de gestão da informação e das auditorias.

Ao comparar o CHSJ e o HU/UFSC foi possível perceber duas realidades distintas, com processos de trabalhos diferentes. Foi possível identificar no CHSJ processos que, adaptados a realidade do hospital brasileiro, podem contribuir para a organização dos processos funcionais e melhorar a gestão da instituição, com relação à qualidade da informação clínica produzida e aos fluxos operacionais inerentes as auditorias de qualidade.

A análise dos dados aqui apresentados permitiu apresentar recomendações ao HU/UFSC para a melhoria destes processos. A proposta de criação de um Serviço de Gestão da Informação Clínica e de um Serviço de Auditoria Interna resulta do levantamento da informação clínica produzida, dos processos de auditoria observados no decorrer deste estudo e da necessidade observada de centralizar as informações dispersas tornando eficientes tais processos.

O Serviço de Gestão da Informação Clínica apresentado vem de encontro à proposta formulada pela Direção Geral do hospital bem como da necessidade de reestruturação dos serviços, porém sem ser restrito somente a informação dos prontuários dos pacientes e ao Arquivo de Prontuários de Pacientes. O estudo demonstrou que é necessária uma estratégia de informação clínica abrangendo toda a instituição, a fim de minimizar os constrangimentos hoje existentes com a dispersão da informação clínica encontrada em serviços paralelos ao Serviço de Prontuário do Paciente e que, em alguns casos, só eram de conhecimento da unidade produtora.

Prevendo a futura implantação do prontuário eletrônico e do novo sistema desenvolvido para os hospitais universitários brasileiros pelo Ministério da Educação, o AGHU, a definição de estratégias e procedimentos acerca deste novo programa, das estratégias de implantação do prontuário eletrônico e futuras propostas de digitalização contará com a participação efetiva do Serviço de Informática aliado ao Serviço de Gestão da Informação Clínica.

O mapeamento funcional das atividades de gestão da informação atuais permitiu identificar a necessidade de rever as práticas existentes. Da reorganização dos processos funcionais e das atividades realizadas pelos profissionais de saúde ao investimento por parte da instituição em políticas de gestão da informação poderá depender a qualidade dos registros clínicos produzidos e sua reutilização. Disso depende também o sucesso da implantação do prontuário eletrônico. A criação do grupo multidisciplinar recomendado com a participação de vários segmentos de profissionais do HU/UFSC tem a intenção de envolver toda a comunidade hospitalar visando à melhoria dos procedimentos hoje efetuados com alguns constrangimentos. A participação efetiva das comissões já existentes no hospital virá a contribuir para que os procedimentos e estratégias informacionais possam ser avaliados periodicamente, bem como controlar a produção de novas tipologias documentais para uso no hospital, em todos os suportes de informação.

A identificação dos serviços de auditoria interna existentes no CHSJ, embora implantados por imposições legais ou normativas do governo português, possibilitou verificar a melhoria dos processos e atividades de cada um dos setores no hospital, bem como a preocupação com a qualidade da informação produzida e a forma como é tratada, sendo benéfica no que diz respeito à implantação dos serviços internos e no controle da qualidade da informação.

A proposta de criação de um serviço de auditoria interna no HU/UFSC vem de encontro à avaliação observada neste estudo e as necessidades de um controle e de uma regulação efetiva destas práticas. Um serviço interno de auditoria virá a contribuir para a centralização das informações atualmente dispersas, melhorar a qualidade da informação produzida e potencializar a reutilização da informação armazenada em benefício da própria instituição. As auditorias sistemáticas permitem identificar problemas e processos falhos e desta forma, recomendar soluções. Da mesma forma, o acompanhamento das recomendações sugeridas permite avaliar continuamente se há melhoria dos procedimentos e das soluções implantadas.

As atividades propostas para este novo serviço não se sobrepõem, no entanto, as já desenvolvidas pela AUDIN, da UFSC, mas tem o intuito de ser um canal de comunicação e centralização das informações. O objetivo é melhorar, desta forma, a qualidade da informação produzida, os fluxos internos de atividades relacionadas à produção da

informação clínica e ao acompanhamento e a centralização das informações referentes às auditorias externas.

A necessidade de definir um responsável pelas atividades de codificação no HU/UFSC também foi verificada através do mapeamento dos fluxos de codificação. A exemplo do CHSJ, padronizar as práticas de codificação e definir um responsável para sua organização tem um papel fundamental para a qualidade da informação clínica produzida, motivo pelo qual foram sugeridas tais recomendações.

A definição de um responsável pela codificação clínica no HU/UFSC poderá ser agregada ou não ao serviço de auditoria interna sugerido e deverá ser definido pela Direção Geral do hospital. No entanto, centralizar as ações em um único serviço viria a contribuir para a não dispersão da informação e melhorar as estratégias e objetivos traçados. A integração de todos estes serviços, como recomendado, viria de encontro a estratégia de implantação do programa SISRCA (Sistema de Regulação, Controle e Avaliação) proposto pelo Ministério da Saúde. A criação de um serviço de auditoria interna das áreas abordadas neste trabalho, aliada a implantação e utilização deste novo programa informático contribuiria não só para a gestão, controle e avaliação e como suporte para a realização de uma auditoria interna, mas para iniciar, como propõe o programa, a mudança da lógica atual da codificação e da informação clínica hospitalar centrada no faturamento para a qualidade da informação produzida, armazenada e disponibilizada pelas instituições.

Percebeu-se, ao longo deste trabalho, a importância estratégica e fundamental da gestão da informação nos hospitais e de que forma esta contribui para que as instituições alcancem os objetivos estratégicos traçados. Bem como foi importante avaliar o papel e a atuação do gestor da informação nos dois hospitais analisados. Percebeu-se uma atuação colaborativa e atuante deste profissional no CHSJ, integrada não só com os serviços de auditoria interna, mas também com outros serviços do hospital, preocupado não só com a gestão dos registros clínicos, mas com a gestão da qualidade da informação do hospital. Sua atuação nos processos de auditorias internas e externas pode ser considerada essencial, bem como para a organização e melhoria dos processos hospitalares. Assim, ao final deste trabalho é possível responder afirmativamente a hipótese formulada, do benefício e da importância que as atividades de gestão da informação exercem nas atividades hospitalares.

Caberá a Direção Geral do HU/UFSC em conjunto com as demais diretorias do hospital avaliar as propostas recomendadas e discutir as estratégias e políticas institucionais no sentido de aprovar e implementar as mudanças sugeridas. No futuro, se as estratégias propostas para a criação dos novos serviços sugeridos forem implantadas, será importante e fundamental a contratação de um auditor interno.

Referências bibliográficas

Bardhan, Indranil R., e Mark F. Thouin. 2012. "Health information technology and its impact on the quality and cost of healthcare delivery." *Decision Support Systems*. 55(2): 438-449.

Branco, Maria Alice Fernandes. 1996. "Sistemas de informação em saúde no nível local." *Cad. Saúde Públ.* 12(2) (abr-jun): 267-270.

Brasil. DENASUS. *Sistema Nacional de Auditoria*. 2012. Acesso em 16 de Dezembro de 2012. <http://sna.saude.gov.br/>

—. *EBSERH. Hospitais Universitários Federais*. 2013. Acesso em 05 de Abril de 2013. <http://ebserh.mec.gov.br/>.

—. *Ministério da Saúde. Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial*. 2013. Acesso em 07 de Abril de 2013. <http://ciha.datasus.gov.br/CIHA/index.php?area=07>.

—. *Portal da Saúde*. 2012. Acesso em 16 de Dezembro de 2012. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=34116&janela=1

—. Ministério Saúde. 2011. *Auditoria do SUS: orientações básicas*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde.

—. Ministério da Saúde. 2012. *Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.

—. Ministério da Saúde. 2005. *Orientações técnicas sobre auditoria na assistência ambulatorial e hospitalar no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.

—. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2013. *COMPRASNET - Portal de Compras do Governo Federal*. Acesso em 29 de Maio de 2013. <http://www.comprasnet.gov.br/>

—. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais - Siasg*. 2013. Acesso em 29 de Maio de 2013. <http://www.governoeletronico.gov.br/acoes-e-projetos/compras-eletronicas/sistema-integrado-de-administracao-de-servicos-gerais-2013-siasg>.

—. SERPRO. *Siape - Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos*. 2013. Acesso em 29 de Maio de 2013. <https://www.serpro.gov.br/conteudo-solucoes/produtos/administracao-federal/siape-sistema-integrado-de-administracao-de-recursos-humanos>.

—. Tesouro Nacional. *SIAFI*. 2013. Acesso em 29 de Maio de 2013. <https://www.tesouro.fazenda.gov.br/pt/siafi>.

Buchanan, Steven, e Forbes Gibb. 1998. "The Information Audit: An Integrated Strategic Approach." *International Journal of Information Management* 18, nº 1: 29-47.

- Buchanan, Steven, e Forbes Gibb. 2007. "The information audit: Role and scope." *International Journal of Information Management* 27: 159–172.
- Carneiro, Alberto. 2009. "Auditoria: Evolução e Finalidades." In: *Auditoria e Controlo de Sistemas de Informação*, por Alberto Carneiro, 278 p. Lisboa: FCA - Editora de Informática.
- Castells, Manuel. 2002. *A Sociedade em Rede (A Era da Informação: Economia, sociedade e Cultura)*. Vol. I. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Centro Hospitalar de São João. 2013. Acesso em 19 de Fevereiro de 2013. <http://www.chsj.pt>.
- Centro Hospitalar São João. 2012. "Regulamento Interno ." Porto.
- Centro Hospitalar São João. 2011. "Relatório & Contas." Porto.
- Chang, I-Chiu, Yi-Chang Li, Teng-Yen Wu, e David C. Yen. 2012. "Electronic medical record quality and its impact on user satisfaction — Healthcare providers' point of view." *Government Information Quarterly* 29: 235–242.
- Costa-Val, Ricardo, e Maria Cristina Marques. 2010. "Altos custos financeiros no trauma vascular." *Rev Col Bras Cir*, 279-283.
- Coutinho, Clara Pereira. 2011. *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina S.A.
- Cresswell, Kathrin, e Sheikh Aziz. 2012. "Organizational issues in the implementation and adoption of health information technology innovations: An interpretative review." *Internacional Journal of Medical Informatics*.
- Eason, Ken, e Patrick Waterson. 2012. "The implications of e-health system delivery strategies for integrated healthcare: Lessons from England." *International Journal of Medical Informatics*.
- Escosteguy, Claudia Caminha, Margareth Crisóstomo Portela, Roberto de Andrade Medronho, e Maurício Teixeira Leite de Vasconcellos. 2002. "O sistema de informações hospitalares e a assistência ao infarto agudo do miocárdio." *Rev Saúde Pública* 36(4): 491-499.
- Farias, Josivania Silva, Tomas de Aquino Guimaraes, Eduardo Raupp de Vargas, e Pedro Henrique Melo Albuquerque. 2011. "Adoção de prontuário eletrônico do paciente em hospitais universitários de Brasil e Espanha. A percepção de profissionais de Saúde." *Revista de Administração Pública* 45(5) (Set./Out.): 1303-1326.
- Frisse, Mark E., et al. 2012. "The financial impact of health information exchange on emergency department care." *Journal of the American Medical Informatics Association*: 328-333.
- Geissbuhler, A., et al. 2013. "Trustworthy reuse of health data: A transnational perspective." *Internacional Journal fo Medical Informatics*, 1-9.
- Gonçalves, Fernanda, e Gabriel David. 2011. "Are we on the righth track to paperless hospitals?" *Colóquio Internacional MEDINFOR II - A medicina na era da informação*, 21-23 de Novembro.

Gonçalves, Maria Fernanda Silva. 2011. “A (re)utilização da informação clínica no contexto hospitalar/ universitário: o caso do Hospital São João.” Dissertação de Mestrado em Ciência da Informação. Faculdade de Engenharia, Universidade do Porto.

Gontijo, Marciene Cristina Silva, e Marlúcio Anselmo Alves. 2011. “Auditoria de prontuários médicos em unidade de internação hospitalar.” *RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, jan./jun.

Haux, Reinhold, Alfred Winter, Elske Ammenwerth, e Birgit Brigl. 2004. *Strategic information management in hospitals: An introduction to hospital information systems*. New York: Springer-Verlag.

HCPA. Portal Hospital de Clínicas de Porto Alegre. 2012. *Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários*. 2012. Acesso em 03 de Novembro de 2012. <https://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/4439/1505/>.

HU, UFSC. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. 2013. Sistema de Materiais. “Catálogo de Materiais por almoxarifado e grupo.” Florianópolis.

—. 2012. Acesso em 03 de Novembro de 2012. <http://www.hu.ufsc.br/>.

—. 2012a. “Relatório REHUF - Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais.” Florianópolis.

—. 2012b. Serviço de Prontuário do Paciente. “Boletim Estatístico do Movimento Hospitalar.” Florianópolis.

—. 2010. “Plano de Reestruturação do HU/USFC.” Florianópolis.

—. 2010a. “Regimento Interno do HU.” Acesso em 03 de março de 2013. http://www.hu.ufsc.br/novo_site/wp-content/themes/UpStream/docs/regimento_interno.pdf.

—. 1980. Diretoria de Enfermagem. “Documentos Básicos.” Florianópolis.

IBGE. 2013. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso em 29 de Janeiro de 2013. <http://www.ibge.gov.br/home/default.php>

Institute of Medicine. 1997. Committee on Improving the Patient Record. *The Computer-Based Patient Record: An Essential Technology for Health Care. Revised Edition*. Edição: Richard S. Dick, Elaine B. Steen e Don E. Detmer. Washington, D.C.: NATIONAL ACADEMY PRESS.

Kobus, Luciana Schleder Gonçalves, e João da Silva Dias. 2004. “Dados Essenciais para Auditoria de Contas Médicas Hospitalares: experiência em Curitiba-PR.” *Sociedade Brasileira de Informática em Saúde*, 07-10 de Novembro. Acesso em 03 de Novembro de 2012. <http://www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/457.PDF>.

Kushniruk, Andre W., David W. Bates, Michael Bainbridge, Mowafa S. Househ, e Elizabeth M. Borycki. 2013. “National efforts to improve health information system safety in Canada, the United States of America and England.” *International Journal of Medical Informatics*.

Lessard-Hébert, Michelle, Gabriel Goyette, e Gérald Boutin. 1990. *Investigação Qualitativa Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Lyon, David. 1992. *A Sociedade da Informação: Questões e Ilusões*. Oeiras: Celta.

Maggs, Jill. 1995. "Auditing Practice: An information management approach using problem oriented medical records." *Physiotherapy* 81(4) abril: 213-216.

Malheiro, Armando, e Fernanda Ribeiro. 2011. *Paradigmas, serviços e mediações em Ciência da Informação*. Recife: Néctar.

—. 2009. "A gestão informação na Administração Pública." *Interface Administração Pública*, novembro: 31-39.

Massad, Eduardo, Heimar de Fátima Marin, e Raymundo Soares de Azevedo Neto. 2003. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo.

Mikkelsen, Gustav, e Jan Aasly. 2001. "Concordance of information in parallel electronic and paper based patient records." *International Journal of Medical Informatics* 63(3) October: 123-131.

Modayil, Prince Cheriyan, Ragesh Kuyyattil Panchikkeel, e Nisha Alex. 2009. "Audit in clinical practice." *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 61 (April-June): 109-111.

Moraes, Margarete Farias de, e Luciene Salies. 2009. "Gestão de acesso ao prontuário do paciente." In: *A medicina da era da informação*, por Zeny Duarte e Lúcio Farias, 506 p. Salvador: EDUFBA.

Nagle, Lynn M. 2007. "Informatics: Emerging concepts and issues." *Nursing Leadership* 20(1): 30-32.

Paes, Marilena Leite. 1997. *Arquivo Teoria e Prática. 3ª Edição Revista e Ampliada*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997.

Pavão, Ana Luiza Braz, Daniel Andrade, Walter Mendes, Mônica Martins, e Cláudia Travassos. 2011. "Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente." *Revista Brasileira de Epidemiologia*, vol.14 nº 4: 651-661. São Paulo.

Pereira, Samira Auxiliadora, Núbia Rodrigues Ramos Miranda, e Regiane Ferreira Costa. 2011. "Auditoria em enfermagem e suas interfaces com o cuidado: uma revisão de literatura." *Percursos Acadêmicos*, v 1 nº 2 (Jul/Dez).

Pestana, Olivia Manuela Marques. 2010. "Serviços de Informação em Contexto Hospitalar: Rede de Serviços e Serviços em Rede." Tese de Doutorado em Informação e Comunicação em Plataformas Digitais. Universidade do Porto.

Pinto, Rosana. 2010. "Sistemas de informações hospitalares de Brasil, Espanha e Portugal - semelhanças e diferenças." Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro.

Pinto, Virgínia Bentes. 2006. "Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde." *Encontros Bibli: R. Eletr. Biblioteconomia Ci. Inf.*, n. 21, 1º sem.: 33-48.

Portugal. 2013. *SPMS, EPE. Serviços partilhados do Ministério da Saúde*. Acesso em 20 de Junho de 2013. <http://www.spms.pt/quem-somos/apresentacao/>

—. 2012. *ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde*. Acesso em 17 de Dezembro de 2012. <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGestaoeFinanciamentoPrestSaude/CodificacaoClinica/tabid/358/language/pt-PT/Default.aspx>

—. 2012a. *IGAS - Inspeção Geral das Atividades em Saúde*. Acesso em 08 de Dezembro de 2012. <http://www.igas.min-saude.pt/>.

—. 2012b. *Portal da Codificação Clínica e dos GDH*. Acesso em 10 de Dezembro de 2012 http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/P%C3%A1gina_principal.

—. 2011. "Manual de Auditoria à Codificação Clínica e à Facturação do Contrato Programa." *Administração Central do Sistema de Saúde, ACSS*. Acesso em 05 de Dezembro de 2012. http://www.acss.min-saude.pt/Portals/o/Manual%20de%20Auditoria%20à%20Codificação%20e%20à%20Facturação_20110719_UOFC_ACSS.pdf

—. 2009. "Registo de Saúde Electrónico: Conclusões do grupo de trabalho para o registo electrónico em discussão pública." *Administração Central do Sistema de Saúde, ACSS*, 15 de Setembro. <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/discussao/arquivo/registo+electronico.htm> (acesso em 27 de Novembro de 2012).

Prestes Jr, Luiz Carlos L, e Mari Rangel. 2007. "Prontuário Médico e suas Implicações Médico-Legais na Rotina do Colo-Proctologista." *Rev bras Coloproct* Vol. 27 N° 2 (abril/Junho): 154-157.

Ribeiro, Cândida Fernanda Antunes. 1998. "O Acesso a Informação nos Arquivos (Parte II, Os instrumentos de acesso à informação)." Dissertação de doutoramento em Arquivística. Universidade do Porto.

Ribeiro, Fernanda. 2005. "Os arquivos na era pós-custodial: reflexões sobre a mudança que urge operar." *Repositório Aberto da Universidade do Porto*. Acesso em 5 de Janeiro de 2012. <http://hdl.handle.net/10216/14000>

—. 2008. "Medicina e Ciência da Informação: uma abordagem integradora e interdisciplinar." *Colóquio Internacional A Medicina na era da Informação*. Salvador, Bahia.

Ribeiro, Lucas Filipe da Silva Ribeiro, Ricardo Cruz Correia, e João Paulo Cunha. 2010. "Information systems heterogeneity and interoperability inside inside hospitals - a survey." Dissertação Mestrado em Informática Médica. Faculdade de Ciências/Faculdade de Medicina. Universidade do Porto.

Salzberg, Claudia A., Yeona Jang, Ronen Rozenblum, Eyal Zimlichman, Robyn Tamblyn, e David W. Bates. 2012. "Policy initiatives for Health Information Technology: A qualitative study of U.S. expectations and Canada's experience." *International Journal of Medical Informatics* Volume 81, Issue 10 (October): 713-722.

Sampaio, Adriano Cavalcante, e Maria Rejane Ferreira da Silva. 2010. "Prontuários médicos: reflexo das relações médico-paciente." *Revista Bioética* 18(2): 451-468.

SBIS (Sociedade Brasileira de Informática em Saúde). 2012. "Cartilha sobre prontuário eletrônico. A certificação de sistemas de registro eletrônico de saúde." Acesso em 27 de Novembro de 2012.

http://www.sbis.org.br/certificacao/Cartilha_SBIS_CFM_Prontuario_Eletronico_fev_2012.pdf.

Setz, Vanessa Grespan, e Maria D'Innocenzo. 2009. "Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria." *Acta Paul Enferm.* 22(3): 313-317.

Silva, Armando Malheiro da, e Fernanda Ribeiro. 2002. *Das <<Ciências>> Documentais a Ciência da Informação*. Porto: Edições Afrontamento.

Silva, Armando Malheiro da, Fernanda Ribeiro, Júlio Ramos, e Manuel Luís Real. 2002. *Arquivística - Teoria e Prática de uma Ciência da Informação*. Porto: Edições Afrontamento.

Silva, Fábila Gama, e José Tavares-Neto. 2007. "Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino no Brasil." *Revista Brasileira de Educação Médica* 31(2): 113-126.

Silva, Luís Carlos de Paula e, Francisco Venditto Soares, Patricia Regina de Souza Sales, Pedro Marco Karan Barbosa, e João Alberto Salvi. 2011. "Fatores que interferem na utilização do prontuário do paciente em suporte de papel." *RAS Vol. 13, Nº 50 (Jan-Mar):* 53-59.

Sridhar, G.R., Allam Appa Rao, M.V. Muraleedharan, R.V. Jaya Kumar, e Venkat Yarabati. 2009. "Electronic medical records and hospital management systems for management of diabetes." *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* 3: 55-59.

Stumpf, Mariza Klück, e Henrique M.R. de Freitas. 1997. "A Gestão da Informação em um Hospital Universitário: O Processo de Definição do Patient Core Record." *Revista de Administração Contemporânea* vol.1 no.1 (Jan./Apr).

UFSC. AUDIN. *Auditoria Interna*. 2013. Acesso em 16 de Março de 2013. <http://audin.ufsc.br/>

Vasconcellos, Miguel Murat, Else Bartholdy Gribel, e Ilara Hammerli Sozzi de Moraes. 2008. "Registros em Saúde: Avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil." *Cad. Saúde Pública*, S173-S182.

Wager, Karen A., Frances Wickham Lee, e John P. Glaser. 2009. *Health care information systems: A practical approach for health care management*. San Francisco: Jossey Bass.

Waterson, Patrick, Yolande Glenn, e Ken Eason. 2012. "Preparing the ground for the 'paperless hospital': A case study of medical records management in a UK outpatient services department." *International Journal of Medical Informatics* 81(2) (February): 114-129.

Yorston, David, e Richard Wormald. 2010. "Clinical auditing to improve patient outcomes." *Community Eye Health Journal* Vol 23 Issue 74 (December).

Legislação citada

Brasil. "Constituição da República Federativa do Brasil." 05 de Outubro de 1988. Acesso em 21 de Dezembro de 2012.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm

—. "Decreto- Lei nº 2.848/1940, de 7 de dezembro. Código Penal." 2013. Acesso em 23 de Maio de 2013. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm.

—. "Decreto nº 1.651/1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde." 28 de Setembro de 1995. Acesso em 22 de Dezembro de 2012. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/D1651.htm.

—. "Decreto nº 7.797/2012. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde." 30 de Agosto de 2012. Acesso em 22 de Dezembro de 2012. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7797.htm#art8.

—. "Lei nº 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências." *Presidência da República Federativa do Brasil*. 19 de Setembro de 1990. Acesso em 15 de Dezembro de 2012. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

—. "Lei nº 8.112/90. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais." *Presidência da República, Casa Civil*. 11 de Dezembro de 1990. Acesso em 03 de Março de 2013. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8112cons.htm.

—. "Lei nº 8.159/1991. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências." *CONARQ, Conselho Nacional de Arquivos*. 8 de Janeiro de 1991. Acesso em 13 de março de 2013. <http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=48>.

—. "Lei nº 8.689/93. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. ." 27 de Julho de 1993. Acesso em 22 de Dezembro de 2012. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8689.htm#art6.

—. "Lei nº 12.557/2011. Regula o acesso às informações e dá outras providências." *Presidência da República Federativa do Brasil*. Novembro de 18 de 2011. Acesso em 23 de Outubro de 2012. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm.

—. "Lei nº 12.550/2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)." *Presidência da República. Casa*

Civil. 15 de Dezembro de 2011. Acesso em 05 de Abril de 2013. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm.

—. “Lei nº 12.682/2012. Dispõe sobre a elaboração e o arquivamento de documentos em meios eletromagnéticos.” *CONARQ, Conselho Nacional de Arquivos*. 09 de Julho de 2012. Acesso em 06 de Março de 2013.

<http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm>.

—. “Nota Técnica Setor Jurídico CFM nº 02/2012, de 29 de março de 2012. Acesso ao prontuário médico pelos parentes do falecido.” *Conselho Federal de Medicina*. 29 de Março de 2012. Acesso em 26 de Maio de 2013. http://www.portalmedico.org.br/notasdespachos/CFM/2012/2_2012.pdf.

—. “Portaria GM/MS nº 2.531/95. Dispõe sobre o acompanhamento da execução das ações estabelecidas nos Planos de Trabalho.” 14 de Dezembro de 1995. Acesso em 22 de Dezembro de 2012. <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/sna/>.

—. “Portaria GM/MS nº 2.209/02. Institui no âmbito do SNA, o Sistema de Auditoria – SISAUD.” 04 de Dezembro de 2002. Acesso em 21 de Dezembro de 2012. <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/sna/>.

—. “Portaria Interministerial nº 2.400/2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino.” 02 de Outubro de 2007. Acesso em 23 de Dezembro de 2012. <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2400.htm>.

—. “Portaria/SAS nº 197/98. Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo - APAC.” 30 de Outubro de 1998.

—. “Processo consulta CFM nº 1.973/2000. PC/CFM/Nº 22/2000, de 10 de agosto. Fornecimento de documentos de pacientes a delegados de Polícia, promotores e juízes.” *Conselho Federal de Medicina*. 10 de Agosto de 2000. Acesso em 26 de Maio de 2013. http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/2000/22_2000.htm

—. “Processo Consulta CFM nº 4.384/07. Parecer CFM Nº 6/10, de 05 de fevereiro. Liberação de prontuário médico a representante legal de paciente falecido.” *Conselho Federal de Medicina*. 05 de Fevereiro de 2010. Acesso em 26 de Maio de 2013. http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2010/6_2010.htm.

—. “Resolução CFM nº 1488/1998, de 06 de março e modificações. Dispõe de normas específicas para médicos que atendam o trabalhador.” *Conselho Federal de Medicina*. 06 de março de 1998. Acesso em 26 de Maio de 2013. http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1998/1488_1998.htm.

—. “Resolução CFM nº 1.605/2000.” *Conselho Federal de Medicina*. 29 de Setembro de 2000. Acesso em 10 de Janeiro de 2013. http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2000/1605_2000.htm.

—. “Resolução CFM nº 1.638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.” *Conselho Federal de Medicina*. 10 de julho de 2002. Acesso em 04 de julho de 2012. http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm

- . “Resolução CFM nº 1.821/2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.” *Conselho Federal de Medicina*. 23 de Novembro de 2007. Acesso em 04 de Julho de 2012. http://www.portalm medico.org.br/resolucoes/CFM/2007/1821_2007.htm.
- . “Resolução CFM nº 1.931/2009. Aprova o Código de Ética Médica.” *Conselho Federal de Medicina*. 17 de Setembro de 2009. Acesso em 20 de Novembro de 2012. http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122.
- . “Resolução CONARQ nº 22/2005. Dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde.” *CONARQ, Conselho Nacional de Arquivos*. 30 de Junho de 2005. Acesso em 06 de Março de 2013. <http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm>.
- . “Resolução CONARQ nº 31/2010. Dispõe sobre a adoção das Recomendações para Digitalização de Documentos Arquivísticos Permanentes.” *CONARQ, Conselho Nacional de Arquivos*. 28 de Abril de 2010. Acesso em 06 de Março de 2013. <http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm>.
- . “Resolução CONARQ nº 37/2012. Dispõe sobre a adoção das Recomendações para Digitalização de Documentos Arquivísticos Permanentes.” *CONARQ, Conselho Nacional de Arquivos*. 19 de Dezembro de 2012. Acesso em 06 de Março de 2013. <http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm>.
- ISO (International Organization for Standardization). “Guidelines for auditing management. ISO 19011:2011(E). Second edition.” 15 de Novembro de 2011. Acesso em 29 de Maio de 2013. <http://www.cnis.gov.cn/wzgg/201202/PO20120229378899282521.pdf>.
- Portugal. “Circular Informativa nº 19/2010/UOFC. Regulamento do Gabinete de Codificação e Auditoria Clínica. 22 de Novembro de 2010. Acesso em 17 de junho de 2013. <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/o/Circular%20Informativa%20N19%202010.pdf>
- .“Circular Normativa nº 1/1989. Sistema de Financiamento baseado em GDH, onde se definem critérios e normas de cumprimento obrigatório para a implementação daquele sistema.” 27 de Janeiro de 1989. Acesso em 17 de Junho de 2013. http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Circular_Normativa_N%C2%BA_1/89.
- . “Decreto-Lei nº 33/2012. Nova Lei orgânica da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde.” *Diário da República, 1ª série, nº 31*. 13 de Fevereiro de 2012.
- . “Decreto-Lei nº 244/2012. Ministério da Saúde.” Procede à quinta alteração ao Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro, modificando o regime jurídico e os estatutos aplicáveis às unidades de saúde com a natureza de entidades públicas empresariais abrangidas pelo mesmo diploma. *Diário da República, 1ª Série, nº 217*. 09 de Novembro de 2012.
- . “Decreto-Lei nº 108/2011. Transferência de atribuições da ACSS para a SPMS.” *Diário da República, 1ª série, nº 221*. 17 de Novembro.
- . “Decreto-Lei nº 124/2011. Aprova a orgânica do Ministério da Saúde.” *Diário da República, 1ª série, nº 249*. 29 de Dezembro de 2011.

- . “Decreto-Lei nº 219/2007. Procede à criação da Administração Central do Sistema de Saúde.” *Diário da República*, 1ª série, nº 103. 29 de Maio de 2007.
- . “Decreto-Lei nº 275/2007. Aprova a orgânica da Inspeção-Geral das Actividades em Saúde, IGAS.” *Diário da República*, 1ª série, nº 145. 30 de Julho de 2007.
- . “Decreto-Lei nº 276/2007. Estabelece o regime jurídico da atividade de inspeção, auditoria e fiscalização dos serviços da administração direta e indireta do Estado.” *Presidência do Conselho de Ministros, série I*. 31 de Julho de 2007.
- . “Decreto-Lei nº 233/2005. Ministério da Saúde. Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., o Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E., e aprova os respectivos Estatutos.” *Diário da República*, 1ª Série-A, nº 249. 29 de Dezembro de 2005.
- . “Despacho nº 2784/2013. Normalização dos registos electrónicos relativos às notas de alta médica e de enfermagem, bem como às notas de transferência das unidades de cuidados intensivos.” *Diário da República*, 2ª série, nº 36 . 20 de Fevereiro de 2013.
- . “Lei nº 12/2005. Informação genética pessoal e informação de saúde.” *Diário da República*, I Série-A, nº 18. 26 de Janeiro de 2005.
- . “Lei nº 46/2007. Regula o acesso aos documentos administrativos e a sua reutilização.” *Diário da República*, 1ª série, nº 163 . 24 de Agosto de 2007.
- . “Portaria nº 247/2000. Ministérios da Saúde e da Cultura. Aprova o Regulamento Arquivístico para os hospitais e demais serviços do Ministério da Saúde.” *Diário da República*, I Série-B, nº 106. 08 de Maio de 2000.

Anexos

Anexo 1 - Especialidades e subespecialidades por clínica de atenção no HU/UFSC

Clínica Médica	Clínica Cirúrgica	Clínica Pediátrica
Medicina Interna Cardiologia Dermatologia -Geral -Hanseníase -Psoríase Grave -Dermatoscopia -Lesão Cutânea/Biopsia -Fototerapia -Eczema Endocrinologia -Obesidade -Diabetes Mellitus 1 Gastroenterologia Esôfago, Estômago e Duodeno Hepatologia -Hepatite Viral Intestino Hematologia Nefrologia -Geral Neurologia -Geral -Cefaléia -Epilepsia Neuropsiquiatria Geriátrica Neuroimunologia/Neuromuscular Neuroendocrinologia Doença de Parkinson Oncologia Clínica Pneumologia -Geral - Câncer de Pulmão - Pesquisa Medicina do Trabalho Genética Clínica Artrite Reumatóide Hemoterapia Lúpus Doenças do Tecido Conectivo Andrologia Hipertensão Arterial Pulmonar Psiquiatria Quimioterapia (Enfermagem) Infectologia Vasculites Colaginose/Doenças Bolhosas Transplante Hepático Reumatologia Tratamento do Tabagismo	Cirurgia Ambulatorial Cirurgia Geral Adulto Cirurgia de Cabeça e Pescoço Cirurgia Plástica Cirurgia Vascular Anestesiologia Oftalmologia -Diabetes -Catarata -Pós-Operatório -Córnea -Pós-Operatório/Transplante -Topografia -Glaucoma -Biometria -Plástica Ocular Ortopedia -Joelho e Quadril Buco-Maxilo Facial Otorrinolaringologia -Cirurgia de Ouvido -Implante Coclear Proctologia Urologia Cirurgia Bariátrica Obesidade Mórbida Clínica da Voz Cirurgia Torácica Dermatologia Sequela de queimaduras Estomatologia Biópsia Hepática Histeroscopia Transplantes Oncologia Neurocirurgia Videofluoroscopia/Deglutição Disfagia	Pediatria Geral Pediatria Adolescentes Puericultura Pediatria (enfermagem) Nutrologia Pediátrica Nutrição Cardiologia Cardiologia Neonatologia Cirurgia Pediátrica Dermatologia Cirurgia Dermatológica Endocrinologia Dislipidemia Obesidade Infantil Neurologia Epilepsia Pediátrica Pneumologia Neonatologia Fonoaudiologia Psicologia Reumatologia
		Clínica Psiquiátrica
		Psiquiatria -Geral -Álcool e Drogas -Infantil Esquizofrenia Psicoterapia Transtornos -Alimentares -Déficit de Atenção -Humor
		Clínica Obstétrica
		Pré-Natal Pré-Natal (enfermagem) Gestante de Alto Risco Alto Risco/Má Formação Psicologia

Clínica Ginecológica

Ginecologia

- Geral
- Gestante de Alto Risco
- Climatério
- Cirúrgica
- Planejamento Familiar
- Patologia Cervical
- Terceira Idade
- Dor Pélvica
- Patologia Vulva

Urologia

Mastologia

Nutrição Alto Risco/Pré-Natal

Tocoginecologia (enfermagem)

Histeroscopia Diagnóstica

Sala de espera em Pré-Natal

DST

Infertilidade/Reprodução

Oncologia

- Oncologia Pós Operatório
- Mama

Puerpério e Pós Operatório

Endocrinologia

Fisioterapia (mama)

Outras Clínicas/ Especialidades

Psicologia

- Bariátrica
- Do Trabalho
- Vascular
- Transplante Hepático

Acidente de Trabalho

Homeopatia

Terceira Idade

- Nutrição
- Enfermagem
- Fonoaudiologia
- Psicologia

Diabetes

Nutrição

- Obesidade Mórbida
- Quimioterapia

Terapia Nutricional

Medicina do Trabalho

Enfermagem do Trabalho

Acupuntura

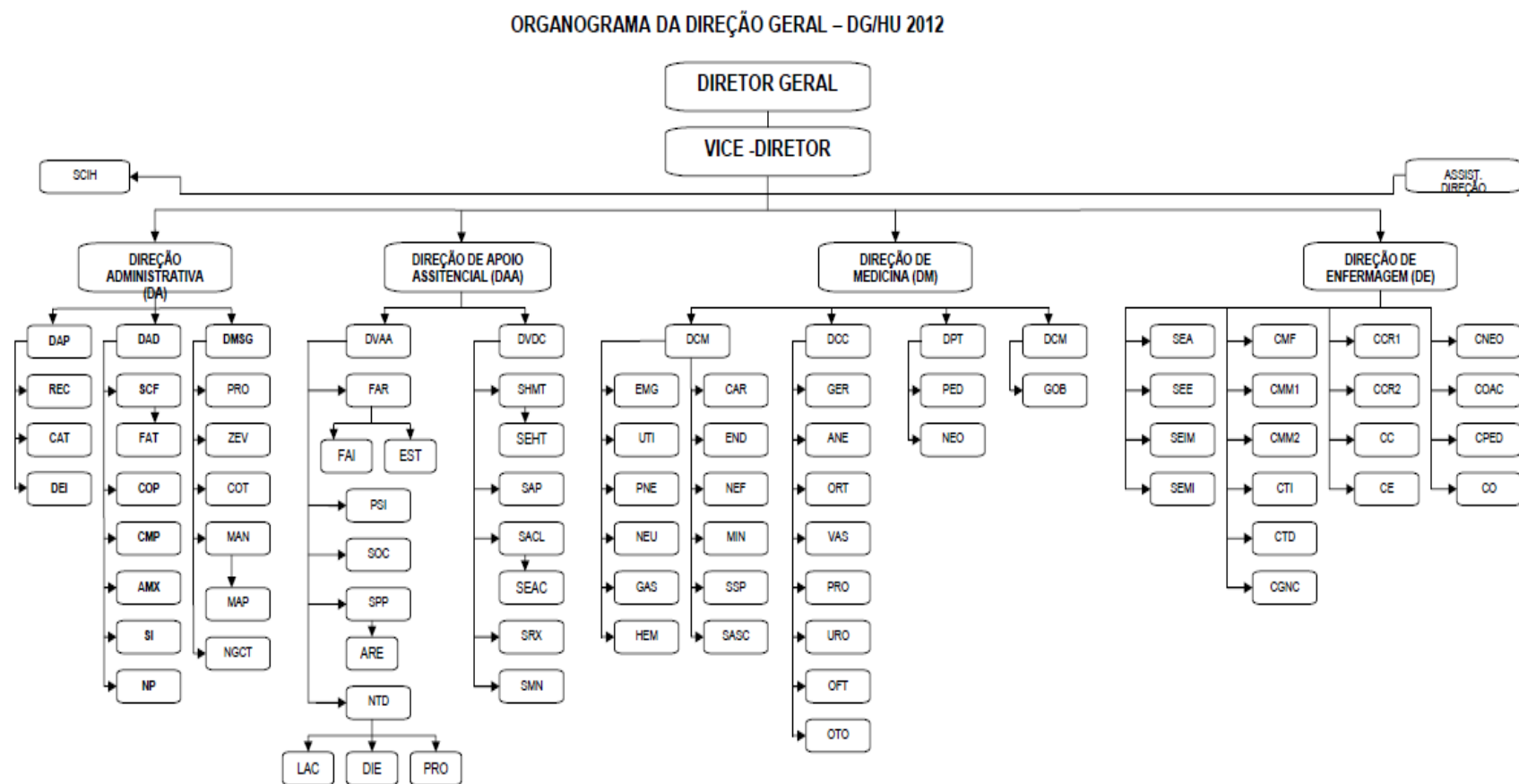
Quimioterapia

Junta Médica

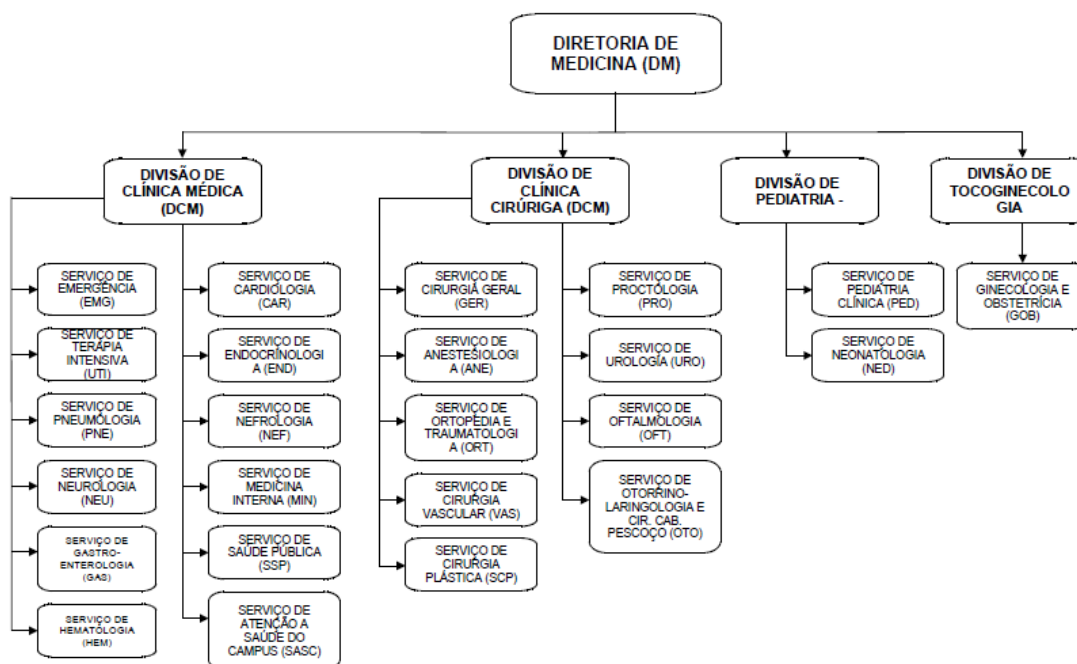
Fonoaudiologia

Fonte: Adaptado de HU/UFSC. Boletim Estatístico do Movimento Hospitalar, 2012.

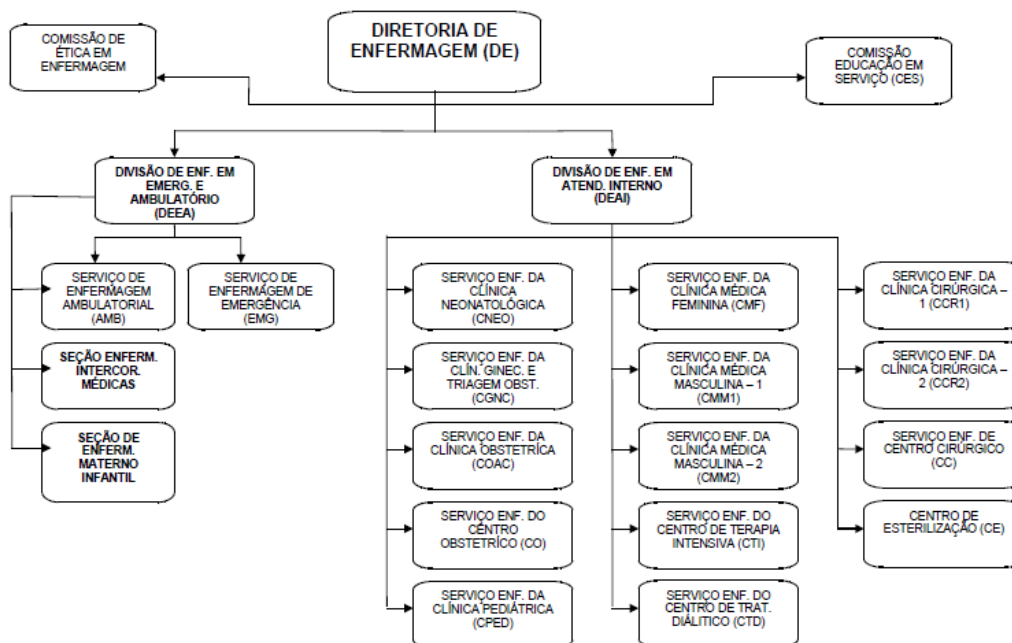
Anexo 2 - Organograma Geral e Organogramas das Diretorias do HU/UFSC



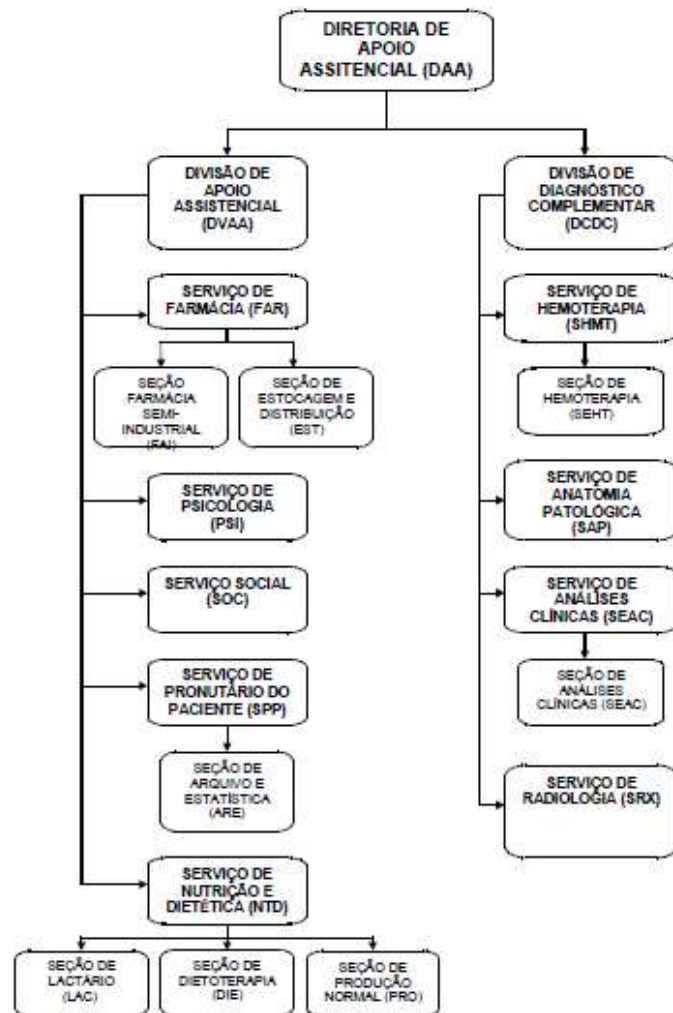
ORGANOGRAMA DA DIREÇÃO DE MEDICINA – DM/HU 2008



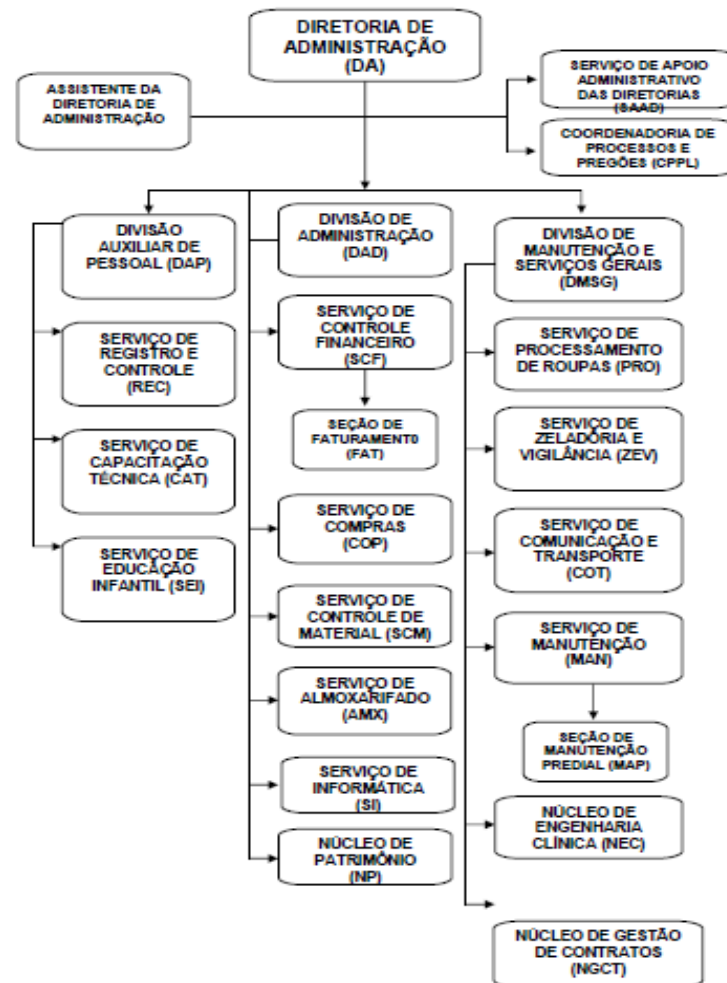
ORGANOGRAMA DA DIREÇÃO DE ENFERMAGEM – DE/HU 2008



ORGANOGRAMA DA DIREÇÃO APOIO ASSISTENCIAL - DAA/HU 2008



ORGANOGRAMA DA DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO - DA/HU 2012



Anexo 3 – Ordem de Montagem do Prontuário do Paciente do HU/UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO TIAGO
DIRETORIA DE APOIO ASSISTENCIAL
SERVIÇO DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE

**ORDEM DE MONTAGEM PARA TODOS OS PRONTUÁRIOS****Ambulatório:**

1. Identificação do paciente
2. Lista de problemas
3. Histórico de saúde de ambulatório
4. Evolução
5. Exames
6. Outros documentos

Internação:

1. Guia de internação
2. Sumário de alta
3. Histórico de saúde da internação
4. Histórico de enfermagem e ou Histórico Nutricional
5. Evolução (por ordem de data)
6. Exames complementares
7. Prescrição médica (por ordem de data)
8. Prescrição da enfermagem (por ordem de data)
9. Observações complementares de Enfermagem
10. Prescrição da Nutrição (por ordem de data)
11. Documentos referentes à cirurgia
12. Outros documentos
13. Termos de Responsabilidade e Compromisso
14. Ficha de emergência
15. Procedimentos especiais
16. AIH

ORDEM DE MONTAGEM: PRONTUÁRIO DA MÃE e do RECÉM-NASCIDO**Ambulatório:**

1. Identificação do paciente
2. Lista de problemas
3. Histórico de saúde de ambulatório
4. Evolução
5. Exames
6. Outros documentos

Internação:

1. Guia de internação
2. Declaração de nascidos-vivos
3. Identificação do RN
4. Atendimento ao RN no Centro Obstétrico
5. Histórico de enfermagem do RN
6. Evolução do RN
7. Prescrição médica do RN
8. Prescrição de enfermagem do RN
9. Outros documentos do RN
10. Procedimentos especiais
11. Histórico de enfermagem da parturiente
12. Evolução da mãe
13. Exames da mãe
14. Prescrição médica da mãe
15. Prescrição de enfermagem (puérpera e parturiente)
16. Outros documentos da mãe
 - controle de enfermagem CO
 - controle de puérpera
 - ficha de controle de dados da gestante/puérpera
17. Partograma
18. Documentos da cirurgia
19. Termos e Responsabilidade e Cmpromisso
20. AIH

ORDEM DE MONTAGEM: PRONTUÁRIO DO RECÉM-NASCIDO

Ambulatório:

1. Identificação do paciente
2. Lista de problemas
3. Histórico de saúde de ambulatório
4. Evolução
5. Exames
6. Outros documentos

Internação:

1. Guia de internação
2. Declaração de Nascido-Vivo (DNV)
3. Histórico de enfermagem
4. Evolução
5. Exames
6. Prescrição médica
7. Prescrição de enfermagem
8. Controle hídrico de sinais
9. Outros documentos
10. AIH

Anexo 4 - Levantamento das tipologias documentais impressas utilizadas no HU/UFSC

Modelos impressos numerados			
Nº Modelo	Tipologia	Serviço	Utilização
11517	Agenda de consulta	SPP	
162127	Atendimento ao recém-nascido	Neonatologia	Internação
11533	Atestado médico		
159028	Atestado Médico para exercício domiciliar		
72273	Autorização reconsulta ambulatoriais		
172401	Autorização de visitante		
162221	Avaliação audiológica	Otorrinolaringologia e Cabeça e Pescoço	Consulta
11606	Aviso de Cirurgia		Internação
11622	Aviso de saída de pacientes internados		Internação
159278	Caderneta perinatal	Maternidade	
11703	Capa de prontuário médico	SPP	
159246	Cardiotocografia		
11754	Cartão de alta de paciente		Internação
11770	Cartão de Identificação do Paciente	SPP	
167125	Carteira GRUMAD	Oftalmologia	Consulta
133507	CLAP - Histórico Clínico Perinatal	Tocoginecologia	Internação
161642	Controle de Puérpera	Centro Obstétrico	Internação
11886	Controle de eliminação dos pacientes		Internação
162126	Controle de Enfermagem – triagem	Centro obstétrico	Internação/Consulta
11924	Controle de exames complementares		Internação
162115	Controle de exames Neonatologia	Neonatologia	Internação
163834	Controle de Recuperação – Aldrette – Pós anestésico		Internação
11860	Controle de Recuperação – Robertson – Pós anestésico		Internação
147729	Controle de sinais vitais do recém-nascido	Neonatologia	Internação
11940	Controle diário de infusões		Internação
158764	Controle dos cuidados pré-operatórios		Internação
11975	Controle Intensivo		Internação

Modelos impressos numerados			
Nº Modelo	Tipologia	Serviço	Utilização
157200	Controle psicotrópicos		Internação
171809	Controle de exames Laboratoriais	UTI	Exames (int.)
164970	Controle de frequência individual de paciente auditivo – SUS *	Fonoaudiologia/ Laboratório de estudos da voz e audição	Consulta
171717	Controle sinais vitais	Emergência	Consulta/Internação
171810	Controle de ventilação e gasometrias	UTI	Internação
172709	Controle de cuidados de enfermagem pré-operatórios	Transplante Hepático	Internação
161377	Controle hídrico e sinais vitais		Internação
151564	Controle intensivo médico		Internação
157747	Cuidados enfermagem		Internação
120009	Declaração Banco Sangue	Banco Sangue	
54682	Declaração de comparecimento		
164466	Dieta do Paciente	Serviço de Nutrição e Dietética	Internação/Consulta
162219	Emissões otoacústicas	Fonoaudiologia/ Laboratório de estudos da voz e audição	Consulta
171722	Entrevista para uso de contraste em tomografia	Radiologia	Exames (int./amb.)
17361	Estudo Hemodinâmico (Relatório)		Exames (int./amb.)
151521	Evolução de enfermagem	Centro cirúrgico	Internação
9806	Evolução do Paciente		Internação/consulta
163309	Exame ultra-sonográfico transvaginal	Radiologia	
163308	Exame ultra-sonográfico obstétrica	Radiologia	
9873	Exames complementares		
164349	Ficha de cadastro de pacientes, Lista de espera	Residência médica em Cirurgia Geral e Aparelho Digestivo	
9938	Ficha de anestesia		Internação
76260	Ficha de atendimento de emergência	Emergência	Consulta de emergência
10090	Ficha de identificação de RX	Radiologia	
66370	Ficha ginecologia e obstetrícia		
165155	Ficha do serviço de hemoterapia	Hemoterapia	
158746	Ficha controle gestante/puérpera	Centro obstétrico	Internação
169813	Ficha de registro de tumor		

Modelos impressos numerados			
Nº Modelo	Tipologia	Serviço	Utilização
171554	Ficha de seguimento para acompanhamento de tumor		
168246	Ficha de primeira consulta em dermatologia	Serviço de Dermatologia	Consulta
164968	Acompanhamento da Fonoaudiologia (05 páginas) *	Fonoaudiologia/ Laboratório de estudos da voz e audição	Consulta
164966	Diagnóstico de caracterização de perda auditiva (pág. 01), Avaliação audiológica (pág. 02), Avaliação audiológica complementar (pág.03) *	Fonoaudiologia/ Laboratório de estudos da voz e audição	Consulta
164967	Prótese auditiva, dados dos aparelhos selecionados (04 páginas) *	Fonoaudiologia/ Laboratório de estudos da voz e audição	Consulta
10294	Gasimetria		Internação
9814	Gráfico cefálico feminino		Internação
9822	Gráfico cefálico masculino		Internação
10391	Guia de internação – cor azul	SPP	Separador de internação e consulta no prontuário
170903	Guia de internação – cor rosa	SPP	Separador de internação e consulta no prontuário
162166	Histórico de enfermagem do recém-nascido	Centro Obstétrico	Internação
162168	Histórico de enfermagem gestante/parturiente	Centro Obstétrico	Internação
164052	Histórico de enfermagem pediatria	Pediatria	Internação
10421	Histórico de saúde		Internação
160411	Histórico clínico nutricional adulto	Nutrição e Dietética	Internação/Consulta
160798	Histórico clínico nutricional pediátrico	Nutrição e Dietética	Internação/Consulta
171719	Histórico de enfermagem emergência adulto	Emergência	Internação/Consulta
10448	Identificação de cadáver		
132586	Identificação de recém-nascido		
171721	Identificação de paciente em observação		

Modelos impressos numerados			
Nº Modelo	Tipologia	Serviço	Utilização
162220	Imitanciometria	Audiometria	Consulta
164969	Laudo para emissão de APAC, SUS, Deficiência auditiva *	Fonoaudiologia/ Laboratório de estudos da voz e audição	Consulta
10502	Laudo médico para emissão de AIH		Internação
166601	Laudo para solicitação/autorização de mudança de procedimento especial		Internação
10545	Lista de problemas		Internação
167860	Livreto gravidez, parto e pós-parto		
10542	Marcação de consulta – encaminhamento	SPP	
10650	Marcação de consulta – Odonto	Buco-maxilo-facial	
10872	Observação clínica pediátrica (folha 1)	Pediatria	Consulta/ emergência/ Internação
10790	Observação clínica pediátrica (folha 2)	Pediatria	Consulta/ emergência/ Internação
10812	Observação complementar de enfermagem (adulto)		Internação
10804	Observação complementar de enfermagem (pediátrico)	Pediatria	Internação
171718	Observação complementar de enfermagem (emergência)	Emergência	Internação/Consulta
164965	Caracterização do problema auditivo (02 páginas)*	Fonoaudiologia/ Laboratório de estudos da voz e audição	Consulta
159245	Partograma	Centro Obstétrico	Internação
10880	Pedido de reserva de sangue	Banco de Sangue	
10871	Pedido de parecer médico		Internação
157618	Pedido de prontuário SPP - SAE	SPP	
151548	Prescrição de enfermagem do centro cirúrgico	Centro cirúrgico	Internação

Modelos impressos numerados			
Nº Modelo	Tipologia	Serviço	Utilização
158765	Prescrição de enfermagem clinica cirúrgica	Clínica cirúrgica	Internação
162163	Prescrição de enfermagem para curetagem uterina/gravidez ectópica	Centro Obstétrico	Internação
160851	Prescrição de enfermagem para paciente de alto risco		Internação
158762	Prescrição de enfermagem para puérpera	Maternidade	Internação
167200	Prescrição de enfermagem para parturiente		Internação
151530	Prescrição de enfermagem CM MII	CMMII	Internação
158743	Prescrição de enfermagem para o RN		Internação
10936	Prescrição médica		Internação
52396	Prescrição médica carbonada		Internação
167376	Receituário médico Cirurgia Bariátrica (05 páginas)	Cirurgia Bariátrica	Internação/consulta
167364	Registro Cirurgia Bariátrica (03 páginas)	Cirurgia Bariátrica	Internação
11118	Relatório de cirurgia		Internação
160307	Relatório de exame de urina	Análises clínicas	
11169	Requisição de eletrocardiograma	Radiologia	
11177	Requisição de exames de Radiologia e Relatório	Radiologia	
11150	Requisição de exames ultrassonográficos e Relatório	Radiologia	
11185	Requisição de exames		
11223	Requisição de medicamentos		
11274	Requisição de Ecocardiograma		
11240	Requisição de teste ergométrico		
167642	Requisição de eletrocardiograma para gastroplastia		
167357	Requisição de exames para cirurgia bariátrica/tipo 1 – DCC		
167358	Requisição de exames para cirurgia bariátrica/tipo 2 – DCC		

Modelos impressos numerados			
Nº Modelo	Tipologia	Serviço	Utilização
167359	Requisição de exames para cirurgia bariátrica/tipo 3 – DCC		
170726	Requisição de exames Reumato 1		
170727	Requisição de exames Reumato 2		
167643	Requisição de exames e Relatório para gastroplastia		Consulta
167644	Requisição de exames ultrassonográficos para gastroplastia		Consulta
158250	Requisição de exames ginecológico		
158259	Requisição de exames obstétrico		
162130	Resumo de alta neonatologia	Neonatologia	Internação
163307	Exame mamografia	Radiologia	
164964	Ficha de Acolhimento Serviço Social	Fonoaudiologia/ Laboratório de estudos da voz e audição*	Consulta
10510	Solicitação de procedimentos especiais		Internação
10898	Solicitação de serviços hemoterápicos		Internação
11452	Sumário de Alta – Relatório		Internação
163546	Teste da orelhinha – avaliação da audição em bebês		

Fonte: Adaptado de HU/UFSC. Catálogo de Materiais por Almoxarifado e Grupo, 2013.

*Documentos utilizados no prontuário existente no arquivo paralelo da fonoaudiologia.

Anexo 5 – Pedido de prontuários para pesquisas do HU/UFSC

[illegible]

Anexo 6 – Informações clínicas avaliadas nas auditorias externas

BRASIL	
Formulários mínimos obrigatórios do prontuário do paciente	• Ficha de Identificação e Anamnese do Paciente; • Registro Gráfico de Sinais Vitais; • Ficha de Evolução/Prescrição Médica; • Ficha de Consulta de Enfermagem (Cofen/RS – 159); • Ficha de Registro de Resultados de Exames Laboratoriais e outros métodos diagnósticos auxiliares; • Ficha de Registro de Resumo de Alta; • Ficha de Descrição do Ato Cirúrgico; • Ficha de Descrição do Ato Anestésico; • Partograma e Ficha do Recém-Nato; • Folha de Débito do Centro Cirúrgico (gasto de sala); • Prescrição Dietoterápica assinada e carimbada pelo nutricionista.
Informações clínicas avaliadas nas internações	• O quantitativo de prontuários, apresentados para a auditoria, deve conferir com a quantidade de AIH pagas no processamento que está sendo analisado; • O nome do paciente da AIH é o mesmo do prontuário e da AIH Simulada; • O Laudo Médico para Emissão de AIH foi preenchido pelo médico-assistente, de forma correta e clara, e autorizado pelo diretor clínico ou pelo órgão gestor. • Os dados que constam no Espelho da AIH conferem com os do Relatório Demonstrativo de AIH Pagas e/ou Relação de AIH; • O espelho da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) foi assinado e carimbado pelo diretor clínico e uma via em papel foi anexada ao prontuário; • O período de internação constante no prontuário é o mesmo que está lançado no Espelho da AIH; • O código e a quantidade de material lançado no Espelho da AIH correspondem ao que foi utilizado no paciente; • O número da nota fiscal lançado no Espelho da AIH corresponde à compra do material que foi utilizado; • Em caso de implante de produtos radiopacos, se existe controle radiológico pré e pós-operatório, com identificação do paciente e data; • A solicitação de Orteses Proteses e Materiais

	Especiais está devidamente preenchida e autorizada pelo diretor clínico ou pelo gestor, a critério deste; • Cobrança de diária de UTI até o dia da alta do paciente, exceto para os procedimentos previstos como óbito, transferência e reoperação; • Justificativa do médico-assistente, no caso de mais de três diárias de UTI e se a mesma está autorizada pelo diretor clínico, ou pelo gestor, a critério deste; • Se as indicações de internações em UTI atendem aos critérios estabelecidos em atos normativos do Ministério da Saúde; • Se as unidades assistenciais estão solicitando realmente a permanência a maior, ou se estão emitindo uma nova AIH; • Se as unidades assistenciais estão solicitando mudança de procedimento, conforme as normas vigentes, ou se estão emitindo nova AIH; • Se as unidades assistenciais estão cumprindo as exigências das respectivas portarias e se o lançamento nas AIH está de acordo com as normas vigentes, quando se tratar de hospital dia e de internações de psiquiatria; • Se os exames realizados quando o paciente está internado estão sendo cobrados no SIA/SUS, caracteriza duplicidade de pagamento; • Confrontar a escala de plantão dos pediatras e neonatologistas com o nome do profissional que prestou o atendimento na sala de parto, segundo o prontuário; • Pertinência e comprovação da cobrança de procedimentos de alto custo;
Análise da auditoria nas informações clínicas ambulatoriais	
Atendimentos clínicos individuais	• Todos os atendimentos devem estar registrados de modo que possam ser comprovados. O registro deve estar no prontuário do paciente ou em fichas de atendimento individuais; • Compatibilidade entre o procedimento cobrado e o realizado; entre o diagnóstico/sexo/idade; entre os exames complementares e a terapia ou diagnóstico; • Codificação do procedimento correta pelo profissional assistente; • Comprovação de requisições de exames de alta complexidade; • Cruzamento de informação entre SIA e SIH.

APAC	Relatório demonstrativo com compatibilidade entre o procedimento cobrado e o efetivamente realizado;
Consulta médica	- Verificação dos exames solicitados e a terapêutica prescrita; - Verificação de resultados de exames e resultados terapêuticos provenientes de uma consulta anterior não pode ser considerada nova consulta; - A consulta que gerou uma internação deve ser cobrada na AIH e não como ambulatorial;
Atendimento clínico com observação até 24 horas	- Verificar se a unidade dispõe de leito específico para observação; - Não é permitida a emissão de AIH para esse tipo de atendimento;
Procedimentos ortopédicos	- No valor dos procedimentos estão incluídos as consultas e os exames radiológicos, o lançamento separado destes é, portanto, indevido; - Verificar se os laudos radiológicos que comprovam o diagnóstico estão anexados ao documento do atendimento; - Os exames solicitados devem estar identificados com o nome ou o número de registro do paciente e a data de realização; - Consulta ortopédica sem imobilização, realizada na emergência de unidade hospitalar, deve ser considerado consulta médica.
Oftalmologia	- Todos os procedimentos realizados, assim como todos os exames devem estar acompanhados dos respectivos laudos; - Os campos de informação da guia de solicitação de atendimento ou requisição de exames e procedimentos devem estar corretamente preenchidos. - Nos procedimentos cobrados via APAC, como por exemplo os transplantes de córnea, devem ser arquivados para fins de auditoria: Apac I formulário, Laudo para Emissão de Apac e Relatório demonstrativo de Apac II em Meio Magnético.
Pequenas cirurgias e cirurgias ambulatoriais	Deve haver o registro de descrição das cirurgias e o boletim de anestesia deve estar anexado ao prontuário.
Patologia clínica	- No valor dos procedimentos estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários a realização do exame, desde a coleta até a entrega dos resultados; - Em pacientes internados os exames devem ser cobrados na AIH; - Os quantitativos de exames devem seguir o parâmetro das consultas médicas; - Deve ser mantido arquivado o demonstrativo de Apac Magnético, formulário de Apac, resultado

	de exames e o laudo médico para emissão de Apac.
Radiodiagnóstico	- No valor dos procedimentos estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários a realização do exame, desde a coleta até a entrega dos resultados; - Se os laudos estão completos, com assinatura e carimbo do médico responsável.
Exames ultrassonográficos	No valor dos procedimentos estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários a realização do exame, desde a coleta até a entrega dos resultados;
Fisioterapia	A prescrição e a quantidade de sessões indicadas, assim como as técnicas aplicadas em cada sessão devem estar registradas no prontuário.
Hemoterapia	Deve estar registrado no prontuário o número da bolsa, o tipo de componente, o volume e quem realizou a aplicação.
Terapia Renal Substitutiva	- Comprovação de realização de exames obrigatórios; - Cadastro atualizado de pacientes e o total de pacientes em tratamento; - Se existe no serviço ficha de frequência diária, ficha de cadastro ambulatorial para diálise e lista de pacientes inscritos para transplante renal; - Se foi anexado ao prontuário o demonstrativo de Apac Magnético, formulário de Apac, controle de frequência individual de diálise, laudo médico para emissão de Apac e solicitação de medicamentos excepcionais.
Medicina nuclear	Deve ser mantido arquivado o demonstrativo de Apac Magnético, formulário de Apac, resultado de exames e o laudo médico para emissão de Apac.
Oncologia – Radioterapia e Quimioterapia	- Se no prontuário dos pacientes em tratamento a Apac I formulário está devidamente preenchida e de acordo com a legislação vigente; - No início do tratamento oncológico deve ser arquivado no prontuário o laudo do exame Histopatológico; - No caso de óbitos, confrontar a data de registro de óbito no prontuário com cobrança posterior de Apac; - Deve ser mantido arquivado o demonstrativo de Apac Magnético, formulário de Apac, controle de frequência individual de radioterapia ou quimioterapia e o laudo médico para emissão de Apac.
Neuroradiologia – Radiologia Intervencionista e Angiografia	Deve ser mantido arquivado o demonstrativo de Apac Magnético, formulário de Apac, resultado de exames e o laudo médico para emissão de Apac.

Acompanhamento de pacientes com queimaduras	• Deve ser mantido arquivado o demonstrativo de Apac Magnético, formulário de Apac, resultado de exames e o laudo médico para emissão de Apac.
Deficiência auditiva	• Controle de frequência individual emitido em uma via e encaminhado ao final de cada mês para revisão técnica ao órgão responsável; • Deve ser mantido arquivado o demonstrativo de Apac Magnético, formulário de Apac, resultado de exames e o laudo médico para emissão de Apac.
Acompanhamento pós-transplante	• Procedimentos pagos por Apac; • Obrigatoriedade do número do CPF do paciente nos formulários de identificação como o laudo médico para emissão de Apac e no formulário de Apac, Apac II magnético e controle de frequência individual; • Deve ser mantido arquivado o demonstrativo de Apac Magnético, formulário de Apac, resultado de exames e o laudo médico para emissão de Apac.
Exames de HIV	• Deve ser mantido arquivado o demonstrativo de Apac Magnético, formulário de Apac, resultado de exames e o laudo médico para emissão de Apac.

Fonte: M. S. Brasil, Orientações técnicas sobre auditoria na assistência ambulatorial e hospitalar no SUS 2005

PORTUGAL	
Avaliação da organização dos processos clínicos	Uso de um quadro onde são observados: • Se o processo está organizado; • Se o processo é de fácil consulta; • Se os episódios são apresentados de modo individual; • Se a capa do processo contém a identificação do utente, incluindo: nome completo, nº processo, data de nascimento, naturalidade, residência, nº telefone de contacto, entidade financeira responsável; • Se todos os documentos de cada episódio estão identificados com o nome e o número do processo do utente; data e hora da observação; • Se todos os documentos integrantes do episódio estão identificados com o nome do profissional responsável pelo atendimento; • Se as descrições clínicas são compreendidas por outro médico distinto do que elaborou o documento; • Se a informação administrativa constante no processo (identificação do destino após a alta, a natureza da admissão, data de admissão e data de alta, etc.) e respectivos episódios é facilmente consultada,

	compreensível e identificável.
Análise dos episódios nos processos clínicos	• Confirmar os dados constantes do episódio a auditar e confrontar com a informação constante na Grelha de Auditoria: - o Número do processo; - o Número do episódio; - o Data de nascimento; - o Sexo; - o Data de admissão; - o Data de alta; - o Data da intervenção cirúrgica; - o Folha de codificação. • Comparar os dados constantes do processo clínico do doente com o resultado da codificação efectuada pela instituição hospitalar: - o Diagnóstico principal; - o Diagnósticos adicionais; - o Procedimentos médicos e cirúrgicos efectuados ao doente e respectivas datas; - o Morfologia tumoral, se aplicável; - o Causas externas de lesão / efeito adverso, se aplicável; - o Natureza da admissão; - o Destino após alta; - o Motivo de transferência, no caso de existir transferência, hospital de origem e de destino; - o GDH (em caso de não conforme, o auditor deve registar o correcto, após reagrupamento). • Verificar se os códigos dos diagnósticos e procedimentos baseados no ICD-9-CM estão atribuídos corretamente. • Registar ao detalhe as correcções na Grelha de Auditoria, com o objectivo de manter uma comparação entre o que foi codificado pela instituição hospitalar e as excepções identificadas durante a auditoria (justificar pormenorizadamente as alterações relevantes ao nível da codificação); • Identificar, na Ficha de Auditoria, quais os episódios conformes e não conformes, e quais os que apresentam não conformidades por tipo de não conformidade, por tipo de amostra e de episódio; • Observar a qualidade do registo da informação clínica e administrativa • Apontar as não conformidades mais frequentes e graves detectáveis ao nível da codificação
Internação	Verificar se não existem registos de situações não conformes: • Episódios de ambulatorios seguidos de episódio de internamento • Episódios de internamento seguidos por

	consultas, ambulatório médico ou cirúrgico ou hospital de dia, no mesmo dia da alta • Episódios de consulta externa durante o período de internamento • Episódios de hospital de dia durante o período de internamento
Durante a auditoria aos episódios verificar as seguintes informações	
Ambulatório médico agrupado em GDH	• Verificar a existência do registo clínico e a rubrica do médico • Verificar a existência do registo administrativo • Validar a data e hora de admissão e data e hora de alta • Validar se o utente e respectiva Entidade Financeira Responsável (EFR) se encontram devidamente identificados
Urgência	• Verificar a existência do registo clínico e a rubrica do médico • Verificar a existência do registo administrativo • Validar a data e hora de admissão e data e hora de alta • Validar se o utente e respectiva Entidade Financeira Responsável (EFR) se encontram devidamente identificados
Consulta Externa	• Verificar a existência do registo clínico e a rubrica do médico • Verificar a existência do registo administrativo • Validar a data e hora de realização • Validar se o utente e respectiva EFR se encontram devidamente identificados • Validar o tipo de consulta externa, primeira ou subsequente • Validar se o utente e respectiva EFR se encontram devidamente identificados
Hospital de Dia	• Verificar a existência do registo de observação clínica e a rubrica do médico • Verificar a existência do registo de enfermagem • Verificar a existência do registo administrativo • Validar a data e hora de admissão e data e hora de alta Validar se o utente e respectiva EFR se encontram devidamente identificados

Fonte: Manual de Auditoria à Codificação Clínica e à Facturação do Contrato Programa, Portugal, ACSS, 2011.

[illegible]

Anexo 8 – Serviços Clínicos do CHSJ

Serviço de Cardiologia Serviço de Cuidados Paliativos Serviço de Dermatologia Serviço de Doenças Infeciosas Serviço de Endocrinologia Serviço de Gastreenterologia Serviço de Genética Médica Serviço de Hematologia Clínica Serviço de Imunoalergologia Serviço de Medicina Interna i) Unidade de Convalescença Serviço de Medicina Física e de Reabilitação Serviço de Nefrologia Serviço de Neurologia, com Unidade de Neurofisiologia Serviço de Oncologia Serviço de Pneumologia Serviço de Psiquiatria, com i) Unidade de Psicologia Clínica Serviço de Reumatologia.	
UAG de MEDICINA	

Bloco Operatório Central Serviço de Cirurgia de Ambulatório Serviço de Anestesiologia Serviço de Cirurgia Geral Serviço de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Maxilo-Facial Serviço de Cirurgia Cardiorácica Serviço de Cirurgia Vascular Serviço de Estomatologia Serviço de Neurocirurgia Serviço de Oftalmologia Serviço de Ortopedia e Traumatologia Serviço de Otorrinolaringologia Serviço de Urologia.	
UAG de CIRURGIA	

Serviço de Medicina Intensiva Serviço de Urgência Geral	
UAG de URGÊNCIA E MEDICINA INTENSIVA	

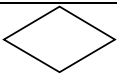
Serviço de Ginecologia e Obstetrícia Unidade da Mama	
CLÍNICA DA MULHER	

Serviço de Pediatria Médica Serviço de Pediatria Cirúrgica Serviço de Urgência e Medicina Intensiva Pediátrica	
HOSPITAL PEDIÁTRICO INTEGRADO	

Centro de Imagiologia: a) Serviço de Medicina Nuclear b) Serviço de Neurorradiologia c) Serviço de Radiologia d) Serviço de Radioterapia Centro de Medicina Laboral: a) Serviço de Anatomia Patológica b) Serviço de Imuno-hemoterapia c) Serviço de Patologia Clínica Centro de Diálise Centro de Medicina de Reabilitação	
CENTROS AUTÔNOMOS	

Fonte: Regulamento Interno do CHSJ, 2012.

Anexo 9 - Símbolos utilizados nos diagramas de atividades

Elementos utilizados nos diagramas de atividades	
	Início do diagrama
	Atividades
	Decisão ou verificação
	Linha do fluxo
	Final do diagrama

Fonte: Microsoft Visio 2013