

# Registro em prontuário hospitalar: historicidade e tensionamentos atuais

## *Hospital records: historicity and current tensions*

Tatiana Barbieri Bombarda<sup>1</sup> , Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) - São Carlos (SP), Brasil.

**Como citar:** Bombarda TB, Joaquim RHVT. Registro em prontuário hospitalar: historicidade e tensionamentos atuais. Cad Saúde Colet, 2022;30(2)265-273. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230020116>

### Resumo

**Introdução:** O registro em prontuário configura-se como um instrumento ético-legal de suma importância para os pacientes, a instituição, a equipe de saúde, o ensino e a pesquisa. **Objetivo:** Apresentar o percurso histórico do registro em prontuário no âmbito da saúde e dar luz aos tensionamentos atuais atrelados a esse procedimento. **Método:** Adotou-se como referencial teórico a Política Nacional de Humanização para a apresentação de uma análise reflexiva sobre a temática, a qual ocorreu pautada em levantamento bibliográfico e pesquisa documental envolvendo diretrizes das classes profissionais e documentos do Ministério da Saúde. **Resultados:** O desenvolvimento histórico do prontuário está imbricado ao desenvolvimento da medicina e à evolução da instituição hospitalar, sendo, contemporaneamente, a exigência da qualidade dos registros em prontuário impulsionada por aspectos da gestão institucional. **Conclusão:** Os principais desafios envolvidos na efetivação do procedimento dos registros estão atrelados ao processo de educação inicial e continuada e à necessidade de elucidar modos mais gerenciáveis de documentar a prática clínica, permitindo registros de qualidade, garantia de comunicação de evidências e fomento da prática da clínica ampliada.

**Palavras-chave:** registros médicos; hospital; documentação; humanização da assistência.

### Abstract

**Background:** The medical record is an ethical legal instrument of paramount importance for patients, the institution, the health team, teaching, and research. **Objective:** To present the historical path of the medical record in the health record and to point out current tensions linked to this procedure. **Method:** The National Humanization Policy was adopted as a theoretical reference for the presentation of a reflexive analysis on the subject, which was based on data obtained from bibliographical research and a documentary study involving guidelines from the professional classes and documents of the Health Ministry. **Results:** The historical development of the medical record is related to the development of medicine and to the evolution of the hospital institution and the current requirement of the quality of medical records is driven by aspects of institutional management. **Conclusion:** The main challenges involved in carrying out the procedure of registers are linked to the process of initial and continuing education and the need to elucidate more manageable ways of documenting clinical practice, allowing quality records, guaranteeing the communication of evidence in the documentation, and promoting the practice of the extended clinic.

**Keywords:** medical records; hospital; documentation; humanization of assistance.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Trabalho realizado na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – São Carlos (SP), Brasil.

**Correspondência:** Tatiana Barbieri Bombarda. E-mail: [tatibb\\_to@yahoo.com.br](mailto:tatibb_to@yahoo.com.br)

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Mar. 26, 2019. Aprovado em: Nov. 06, 2020

## INTRODUÇÃO

A palavra “prontuário” origina-se do latim *promptuarium* e corresponde ao local de armazenamento de informações úteis, dos dados pertinentes de uma pessoa<sup>1</sup>.

Conceitualmente, o registro em prontuário refere-se ao procedimento profissional de anotar informações provenientes do processo de atendimentos de modo cronológico e sistematizado. Define-se por documentação toda informação registrada sobre o paciente no percurso do recebimento da guia de encaminhamento ao serviço até seu processo de alta<sup>2</sup>.

Destaca-se que o prontuário é designado como uma construção coletiva derivada de múltiplos registros especializados que transparecem os procedimentos assistenciais realizados, buscando a melhoria da qualidade de atenção ao paciente<sup>3</sup>.

Sendo assim, este artigo tem por objetivo apresentar o percurso evolutivo do registro em prontuário no âmbito da saúde e tecer considerações acerca dos tensionamentos atuais.

Trata-se de um estudo com delineamento teórico, fundamentado em levantamento bibliográfico e em pesquisa documental envolvendo diretrizes das classes profissionais e documentos do Ministério da Saúde, para a apresentação de uma análise reflexiva sobre o tema utilizando a Política Nacional de Humanização (PNH) como referencial teórico.

## REGISTRO EM PRONTUÁRIO: MARCOS DE UM PERCURSO HISTÓRICO

A historicidade dos registros envolvendo processos de adoecimento remonta à Idade Antiga<sup>4</sup>. Na tentativa de delinear marcos em uma linha temporal, apresenta-se a existência dos registros de saúde desde a Idade da Pedra, sendo exemplos as gravuras de dedos amputados em murais há 4500 anos a.C.<sup>5</sup>.

Em 3000 a.C., peças de argila com traçados de escrita assíria evidenciam descrições de casos clínicos e terapêuticos e de prognósticos, sendo consideradas documentos referentes às atividades médicas na Mesopotâmia<sup>6</sup>.

Não obstante, o papiro de Edwin Smith, um dos documentos mais antigos (3000 a.C.), atribuído ao médico egípcio Imhotep, possui a descrição de 48 casos cirúrgicos, sendo considerado por alguns a pré-história da clínica<sup>7</sup>.

A figura de Hipócrates também deve ser lembrada neste processo, visto que, no século V a.C., ele estimulou os médicos a realizar registros escritos com o propósito de refletir sobre o curso da doença e indicar suas possíveis causas<sup>8</sup>. Embasado nessas anotações, Hipócrates conseguiu identificar sinais e sintomas, enfatizando a importância do registro cuidadoso. O incentivo a anotações cuidadosas pautava-se na percepção de que elas eram fonte de informações que auxiliavam na reflexão e no estudo acerca do percurso da doença, possibilitando a indicação de possíveis causas, análises e comparações empíricas em busca da melhor proposição de tratamento<sup>9</sup>.

Na Idade Média, o Hospital São Bartolomeu, localizado em Londres, foi a primeira instituição a realizar anotações referentes ao tratamento prestado. Já em 1580, na Itália, o religioso Camilo de Lellis foi responsável por promover melhorias na prática assistencial dos pacientes hospitalizados, efetivando melhor organização nas prescrições médicas e nos relatórios de enfermagem<sup>10</sup>.

Até o início do século XIX, as anotações realizadas pelos médicos eram efetuadas a partir de suas observações, ou seja, os registros eram embasados no que esses profissionais ouviam, sentiam e viam, e essas informações eram sistematizadas cronologicamente, fator conhecido como prontuário orientado pelo tempo (*time-oriented medical record*)<sup>8</sup>.

Em 1880, a maioria dos médicos efetuava seus registros no modelo cronológico (*time-oriented medical record*), sendo comum nos hospitais um prontuário por médico<sup>11</sup>. Essa sistematização gerava duplicidade dos documentos, considerando que cada médico realizava suas anotações referentes a um único paciente em prontuários distintos, sendo essas informações diferentes, mas complementares<sup>9</sup>, fator que dificultava a localização de informação específica sobre determinado paciente.

Cabe salientar que, em 1877, no Hospital Geral de Massachusetts, Estados Unidos, iniciou-se o arquivamento de dados clínicos e que, em 1897, foi organizado, nessa mesma instituição, o primeiro Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)<sup>12</sup>.

Em 1907, deu-se início, por meio da Clínica Mayo, em Minnesota, Estados Unidos, o prontuário médico centrado no paciente (*patient-centered medical record*), em que a sistematização de registro proposta se voltava a anotações individualizadas por pacientes, e não mais por médicos, fator que promoveu melhorias na localização de informações<sup>8</sup>.

Em 1910, outro marco que merece destaque é o relatório de educação médica proposto por Flexner, em que, entre as recomendações, constava a descrição sobre a função e o conteúdo do registro em prontuário, com incentivo à manutenção do registro individualizado por paciente<sup>11</sup>.

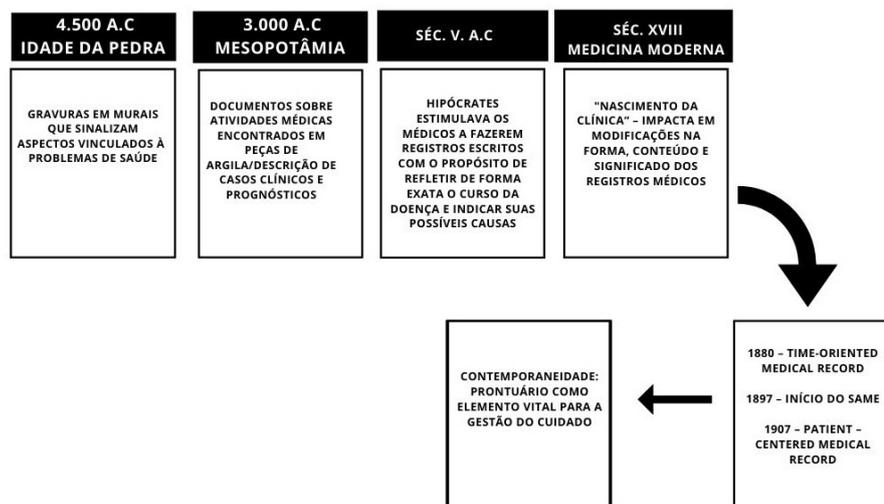
No período entre 1913 e 1918, ocorreu o estabelecimento dos “padrões mínimos da assistência hospitalar”, instituído pelo Colégio Americano de Cirurgiões, como requisitos voltados aos hospitais que desejavam aprovação. Destaca-se que o prontuário foi instituído como o quarto dos cinco padrões mínimos elaborados, devendo ser organizado de modo acessível, atualizado e contendo todas as observações clínicas, exames e diagnósticos<sup>13</sup>.

Em 1920, na Clínica Mayo, houve a tentativa de padronização do conteúdo dos prontuários por meio da definição de um conjunto mínimo de informações a constar nos registros, fator que impulsionou uma estruturação mais sistematizada, caracterizada como próxima à dos tempos atuais<sup>8</sup>.

Em síntese, referente a esse percurso histórico, inicialmente os registros médicos caracterizavam-se por relatos de casos, sem padrão definido, pautados nas anotações de casos excepcionais que não deveriam ser esquecidos. A partir do final do século XVIII, o relato sistematizado das informações passou a ser visto como atividade inerente à prática médica “enquanto parte das transformações do conhecimento e das práticas médicas que caracterizaram o advento da medicina moderna e o nascimento da clínica”<sup>14</sup>.

A necessidade do registro de todos os encontros entre médicos e pacientes ocorreu a partir da transformação do olhar para a doença, a qual passou a ser compreendida como um processo, sendo necessária para seu diagnóstico uma constante observação dos sinais e sintomas. Sendo assim, para atender, de modo efetivo, essa demanda, fez-se necessário manter os pacientes sob vigilância constante, fator possível pela nova configuração hospitalar que se voltava à cura, e não mais à assistência à morte. A partir de então, estabeleceu-se uma forte associação entre o registro médico e a atenção hospitalar que perdura até hoje<sup>14</sup>.

Diante do exposto, percebe-se que o desenvolvimento histórico do prontuário está imbricado ao desenvolvimento da medicina<sup>15</sup> e à evolução da instituição hospitalar, sendo na Figura 1 sistematizado marcos desse processo evolutivo.



**Figura 1** - Marcos temporais sobre a historicidade dos registros

## INFORMAÇÕES CONTEMPORÂNEAS

Com os avanços tecnológicos, gradativamente ocorreram transformações na assistência hospitalar, ampliando-se a complexidade dos atendimentos. Em desdobramento, surgiram estruturas de gerenciamento de informações consideradas vitais para a gestão do cuidado, sendo o prontuário compreendido como um elemento imprescindível a qualquer instituição hospitalar<sup>16</sup>.

A nomenclatura “prontuário médico” passou a ser discutida e denominada como “prontuário do paciente”, visto o reconhecimento progressivo dos direitos dos usuários nos serviços de saúde<sup>14</sup>.

A inadequação do termo “prontuário médico” está vinculada também ao entendimento de que a assistência hospitalar é efetivada por múltiplas áreas<sup>8</sup>, visto constar nesse documento registros sobre a atenção prestada ao paciente de muitos outros profissionais, como enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros<sup>16</sup>.

Percebe-se que essa discussão de nomenclaturas perpassa por uma modificação internacional da visão da assistência em saúde, compreendendo o paciente como provedor de todas as informações que constam no prontuário e principal beneficiário destas<sup>17</sup>.

Conforme inciso II do artigo 3º da Portaria GM nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, do Ministério da Saúde, o usuário de serviço de saúde tem o direito a “ter informações sobre seu estado de saúde de maneira clara, objetiva, respeitosa e compreensível”<sup>18</sup>. Dessa forma, as informações registradas em prontuário são de pertencimento do usuário, com os profissionais e as instituições sendo responsáveis pela guarda e confidencialidade dos dados<sup>19</sup>.

O prontuário é um “documento onde devem estar registrados todos os episódios de atendimento ao paciente no serviço de qualquer natureza e tipo de profissional”<sup>20</sup>. Atualmente, pode-se destacar que, apesar de haver diferentes definições literárias sobre prontuário, aquelas em comum envolvem “a centralidade do indivíduo assistido, a unicidade do prontuário e a participação de todos os diferentes profissionais envolvidos com a assistência”<sup>21</sup>.

Alguns aspectos organizacionais e da gestão hospitalar impulsionam a qualidade dos registros, sendo destacadas aqui considerações acerca da Comissão de Prontuário e dos Processos de Acreditação Hospitalar.

As Comissões de Prontuário respaldam-se na Resolução nº 1.638/2002, do Conselho Federal de Medicina, a qual, além de definir prontuário médico, torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

Ressalta-se que a composição da Comissão de Revisão de Prontuários deve ser multidisciplinar, com a indicação dos membros feita pela direção da instituição, envolvendo profissionais de saúde de diferentes especialidades, além dos responsáveis pelo SAME e pelo Serviço de Registros e Informações em Saúde (SRIS). A natureza dessa comissão é consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, sendo recomendada que faça parte do regimento institucional. Sua finalidade consiste em analisar, acompanhar e avaliar o preenchimento e a qualidade dos prontuários dos pacientes<sup>22</sup>.

Para tanto, a Comissão de Revisão de Prontuários tem o propósito “de garantir a qualidade e a ética das informações registradas pela equipe de assistência ao paciente no atendimento que lhe é ou foi prestado”<sup>23</sup>.

Em relação à Acreditação Hospitalar, é importante mencionar que, no âmbito da qualidade assistencial na esfera da saúde, o processo de certificação configura-se como uma das estratégias apontadas e incentivadas pelo Ministério da Saúde<sup>24</sup>.

O programa de Acreditação Hospitalar consiste não apenas em um procedimento de avaliação acerca do desempenho alcançado pela instituição de acordo com padrões predefinidos, mas também na educação continuada dos profissionais, em razão do estímulo à aquisição de uma cultura de qualidade para a implementação da gestão de excelência<sup>25</sup>.

No Brasil, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), criada em 1999, com caráter não governamental e sem fins lucrativos, tem por objetivo implementar normas técnicas e um processo permanente de avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde prestados aos cidadãos brasileiros<sup>26</sup>.

Sua avaliação é estruturada por seções e fundamentadas em tópicos de análise, em que se destacam aqui a verificação da construção de manuais e de protocolos acerca dos procedimentos e os aspectos vinculados à estruturação e qualidade do registro em prontuário<sup>24</sup>. Sendo assim, as anotações em prontuário são vistas no processo de acreditação como uma das variáveis da qualidade assistencial e segurança do paciente.

### **INFLUÊNCIA DAS INCONFORMIDADES DOS REGISTROS EM PRONTUÁRIO PARA A PRÁTICA DA CLÍNICA AMPLIADA: UM OLHAR PARA OS TENSIONAMENTOS E DESAFIOS ATUAIS**

Nota-se que, apesar da significativa importância dos registros, evidências acerca de fragilidades nas anotações em prontuário são encontradas na literatura, a partir da constatação, em múltiplos estudos, de conteúdos que se apresentam em não conformidades com os protocolos institucionais e com as diretrizes das classes profissionais.

De modo geral, como inconformidade dos registros, são apontados os seguintes aspectos: ausência de dados de identificação do paciente e do profissional, dados incompletos de prescrições e de intervenções, ausência de informações sobre queixa e plano terapêutico, uso de siglas de modo não padronizado e anotações ilegíveis<sup>21,27,28</sup>.

Considera-se que tais problemáticas interferem diretamente na probabilidade da ocorrência de eventos adversos, na redução da comunicação multiprofissional e, em consequência, na fragmentação do cuidado prestado, fator que dificulta a mensuração da eficácia do atendimento realizado.

Nesse contexto, a proposta da clínica ampliada, apresentada pela PNH como uma ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas, torna-se um desafio permanente e dinâmico<sup>29-31</sup>.

Para além do desenvolvimento de técnicas relacionais, o desafio prático da clínica ampliada exige arranjos e dispositivos de gestão que oportunizem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e rede assistencial)<sup>29</sup>, sendo, para tanto, necessária a organização dos processos de trabalho para a viabilização dessa atenção.

Visualiza-se que, em conjunto com as implementações das discussões de casos e formulações do Projeto Terapêutico Singular (PTS) pela equipe de referência e matricial<sup>30</sup>, o registro do que foi discutido, acordado e avaliado necessita estar devidamente documentado, de modo claro e conciso, no prontuário para garantir que a articulação construída não se perca diante da alta rotatividade de funcionários no âmbito hospitalar.

Ao considerar o prontuário como ferramenta de comunicação e de apoio ao exercício da clínica ampliada, cabe um breve apontamento sobre o modelo de prontuário eletrônico, o qual, diante do contexto orçamentário da instituição hospitalar, possui reduzidos investimentos.

Embora haja apontamentos acerca das desvantagens desse modelo de prontuário, como custos elevados com hardwares, softwares e treinamento das equipes, morosidade para obtenção de resultados provenientes pela implantação do sistema, risco de inoperância ocasionando indisponibilidade de acesso às informações, resistência dos profissionais de saúde ao uso de sistemas informatizados, receio profissional em expor sua conduta visto visibilidade multiprofissional, as vantagens acerca de seu uso se mostram superiores<sup>32,33</sup>.

Entre as vantagens do prontuário eletrônico são apontados o acesso rápido ao histórico clínico do paciente, o uso simultâneo por diversos profissionais, a flexibilidade do *layout* dos dados, a garantia de legibilidade, a interação com outros sistemas, a eliminação de dados redundantes, a inexistência da possibilidade de extravios de fichas documentais, o melhor controle das medicações, a facilidade na coleta de dados para a emissão de relatórios, a formulação de diagnósticos e a tomada de decisões<sup>32,33</sup>.

A partir das vantagens supracitadas, percebe-se que o modelo eletrônico do prontuário possibilita uma sistematização de acesso rápido a um conjunto de informações de múltiplas especialidades, fator que auxilia na garantia do princípio da integralidade do cuidado e da diretriz da clínica ampliada e compartilhada, já que facilita a compreensão do quadro e das

demandas para a formulação do PTS e reduz a fragmentação do conhecimento e das ações prestadas.

Os avanços tecnológicos, em especial os das tecnologias da informação, têm possibilitado a criação de novas formas de armazenamento e transmissão de dados que facilitam o acesso dos profissionais de saúde e gestores a informações estruturadas e atualizadas em tempo real<sup>33</sup>. Desta forma, o prontuário eletrônico permite a criação de um acervo documental organizado e conciso do paciente, que explicita os cuidados prestados por toda a equipe multiprofissional<sup>32</sup>.

Para tanto, defende-se que o prontuário eletrônico é uma via de qualificação do atendimento, sendo necessária sua ampliação no âmbito do sistema de saúde hospitalar a fim de facilitar a gestão dos serviços, a comunicação e o compartilhamento das informações no âmbito hospitalar e em rede<sup>33</sup>.

Para além dos restritos investimentos ainda em implementações de registros eletrônicos, outros entraves devem ser considerados para a redução das inconformidades nos registros em prontuário.

De acordo com a percepção dos profissionais de saúde, as principais causas das inconformidades dos registros em prontuário estão atreladas à falta de atenção e de interesse dos trabalhadores em registrar o ciclo de cuidados, à sobrecarga e déficit de recursos humanos nos serviços, ao desconhecimento dos aspectos legais da documentação e à ausência de qualificação e conhecimento sobre registros em prontuário<sup>28</sup>.

As causas supracitadas denotam uma problemática vinculada, em especial, ao processo de educação inicial e continuada, remetendo demandas de investimentos nos processos de ensino e aprendizagem dos cursos de graduação e de capacitações profissionais no âmbito hospitalar, particularmente sobre essa temática.

A falta de treinamento profissional e o quadro insuficiente de recursos humanos são variáveis que oneram a prestação do cuidado por causa de interferências diretas no desempenho dos processos de trabalho, aumento do risco de falha humana e redução do nível de segurança do paciente hospitalizado.

O desafio educacional, seja no âmbito da graduação ou da educação continuada, exige a oferta de subsídios que garantam o desenvolvimento de habilidades mínimas requeridas não apenas para o contato direto com o paciente, mas também para a execução de procedimentos assistenciais indiretos, como o registro em prontuário, que interferem diretamente na qualidade assistencial.

O escopo de treinamentos e ensino acerca da documentação deve envolver minimamente conteúdos direcionados aos aspectos técnico-legais, ao aporte para desenvolvimento de indicadores de produtividade e de qualidade assistencial e aos direcionamentos para efetivar a comunicação de evidências na documentação.

Para além da sistematização das informações em um modelo multiprofissional, ou seja, aquele que reúne anotações das diferentes especialidades, é necessário instigar nos profissionais a percepção e o uso do prontuário como uma ferramenta de apoio importante para a prática de um cuidado integral e integralizado.

Nesta perspectiva, a PNH afirma que a percepção restrita do processo terapêutico produz fragmentação das práticas, fator que propuliona a alienação e a desmotivação profissional. Desta forma, o prontuário transdisciplinar é apresentado como um recurso que fortalece o trabalho em equipe e o diálogo entre os profissionais a partir da compreensão do trabalho transdisciplinar como potente meio de modificação das práticas centradas nas doenças e nos procedimentos que não abordam o ser humano em sua integralidade<sup>34</sup>.

O prontuário transdisciplinar se constitui em uma ferramenta que favorece a troca de conhecimentos e a produção de vínculos, contribuindo para o fomento da grupalidade e do protagonismo. Seus objetivos perpassam por: promover a padronização e a organização das informações a partir dos problemas de ordem biológica, psicológica e sociocultural identificados por equipe multiprofissional; estimular a transdisciplinaridade por meio da melhora na comunicação e integração entre os profissionais da assistência; valorizar o prontuário perante os profissionais de saúde; ampliar o compromisso dos profissionais com a produção de saúde, favorecendo a troca de informações e a elaboração do projeto terapêutico; e otimizar

a realização de relatórios, resumos de alta, processamento de dados, análise e auditoria pelas Comissões de Prontuário, Óbito e Ética<sup>34</sup>.

A organização do prontuário, preconizada pela PNH, segue uma sequência já bastante conhecida, mas pouco efetivada por completo na prática. Envolve dados como a definição dos problemas e das demandas do paciente, os objetivos terapêuticos e as ações negociadas com o paciente, a divisão das responsabilidades entre a equipe, a avaliação das ações e o delineamento das novas condutas, devendo as anotações serem estruturadas de modo objetivo e resumido<sup>34</sup>.

Diante do exposto, é notório que os registros contemporaneamente se configuram como um recurso valioso para a gestão do cuidado, sendo as inconformidades existentes variáveis de análise da qualidade assistencial e barreira para a prática da clínica ampliada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os marcos históricos da evolução do registro em prontuário denotam que esse processo ocorre paralelamente ao desenvolvimento da medicina e à evolução da instituição hospitalar.

Contemporaneamente, o registro em prontuário passa a se configurar como de pertencimento do paciente, com delineamento multiprofissional, sendo considerado um instrumento ético-legal de suma importância para os pacientes, a instituição, a equipe de saúde, o ensino e a pesquisa<sup>16</sup>.

A PNH apresenta o modelo de prontuário transdisciplinar como uma ferramenta que favorece a troca de conhecimentos e a produção de vínculos, fator que auxilia na formulação do PTS e na prática da clínica ampliada.

Todavia, inconformidades nos registros estão presentes nas práticas profissionais, fator que fragiliza a qualidade da assistência e a segurança do paciente. Nota-se que as inconformidades dos registros estão atreladas ao processo de formação/capacitação, bem como aos reduzidos investimentos em estruturas organizacionais de informações que permitam melhor gerenciamento dos dados.

Desta maneira, atualmente, os principais desafios estão vinculados ao processo de educação inicial e continuada e à necessidade de elucidar modos mais gerenciáveis de documentar a prática clínica, permitindo registros de qualidade, garantia de comunicação de evidências e, conseqüentemente, fomento da prática da clínica ampliada.

## REFERÊNCIAS

1. Ferreira ABH. Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa. 8. ed. Curitiba: Positivo; 2010.
2. Matthews MM, Jabri JL. Documentação dos serviços de Terapia Ocupacional. In: Pedretti LM, Early MB, editores. Terapia Ocupacional: capacidades práticas para disfunções físicas. 5. ed. São Paulo: ROCA; 2004. p. 98-107.
3. Mesquita AMO, Deslandes SF. A construção dos prontuários como expressão da prática dos profissionais de saúde. Saude Soc. 2010;19(3):664-73. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300017>.
4. Deboscker Y. Le dossier médical dans les établissements de santé [Internet]. Paris: Berger-Levrault; 1997 [citado em 2019 mar 01]. Disponível em: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k33218050/f5.image>
5. Carvalho LF. Serviço de arquivo médico e estatística. Rev Paul Hosp. 1960;8(7):25-31.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Breve notícia histórica sobre os hospitais em geral. In: História e evolução dos hospitais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 1965. p. 5-46.
7. Carvalho LF. Serviço de arquivo médico e estatística de um hospital. São Paulo: LTr; 1973.
8. Marin HF, Massad E, Azevedo Neto RS. Prontuário eletrônico do paciente: definições e conceitos. In: Massad E, Marin HF, Azevedo No RS, Lira ACO, editores. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. São Paulo: H. de F. Marin; 2003. p. 1-20.
9. Tonello IMS, Nunes RMS, Panaro AP. Prontuário do paciente: a questão do sigilo e a lei de acesso à informação. Informação & Informação. 2013;18(2):193-210.
10. Cruz JA. Informações em saúde: um estudo da legislação brasileira. Ponto de Acesso. 2015;9(1):111-21. <http://dx.doi.org/10.9771/1981-6766rpa.v9i1.11353>.

11. Costa CGA. Desenvolvimento e avaliação tecnológica de um sistema de prontuário eletrônico do paciente, baseado nos paradigmas da world wide web e da engenharia de software [dissertação]. Campinas: UNICAMP; 2001.
12. Mezzomo AA. Serviço do prontuário do paciente: organização e técnica. 4. ed. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde; 1991.
13. Asanuma Y. Serviços de arquivo médico e estatística para o hospital: organizações e funções. *Rev Paul Hosp.* 1963;11(4):29-32.
14. Novaes HMD. A evolução do registro médico. In: Massad E, Marin HF, Azevedo No RS, Lira ACO, editores. *O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico.* São Paulo: H. de F. Marin; 2003. p. 39-46.
15. Shortliffe EH, Barnett GO. Medical data: their acquisition, storage, and use. In: Shortliffe EH, Perreault LM, editores. *An introduction to computers in medicine.* New York: Addison Wesley; 1990. p. 37-69.
16. Possari JF. Prontuário do paciente e os registros de enfermagem. 2. ed. São Paulo: Látia; 2007.
17. Stumpf MK. A gestão da informação em um hospital universitário: em busca da definição do conteúdo do prontuário essencial do hospital de clínicas de Porto Alegre [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1996.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, 14 agosto de 2009 [citado em 2019 mar 01]; Seção 1, p. 80. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2009/01\\_set\\_carta.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/01_set_carta.pdf)
19. Motta GHMB. Um modelo de autorização contextual para o controle de acesso ao prontuário eletrônico do paciente em ambientes abertos e distribuídos [tese]. São Paulo: Escola Politécnica da USP; 2003.
20. Schout D, Novaes HM. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Cien Saude Colet.* 2007;12(4):935-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400015>. PMID:17680152.
21. Panzeri CSB. A prática da documentação clínica ambulatorial sob a ótica dos terapeutas ocupacionais [dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2013.
22. Santos NM, Freixo AL. A gestão do prontuário do paciente com ênfase na atuação da Comissão de Revisão de Prontuários. In: III Simpósio Baiano de Arquivologia [Internet]. Salvador, Bahia: AABA; 2011 [citado em 2019 mar 01]. Disponível em: <https://docplayer.com.br/4794403-A-gestao-do-prontuario-do-paciente-com-enfase-na-atuacao-da-comissao-de-revisao-de-prontuarios.html>.
23. Demarchi TM, Angelo MLB, Lima EC, Cury RF, Cordeiro MAM, Amaro IA. Auditoria de prontuário do paciente: um processo de aprendizagem e integração institucional. *Rev Adm Saúde.* 2012;14(55):51-6.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Manual brasileiro de acreditação hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Normas e Manuais Técnicos; Série A).
25. Manzo BF, Brito MJ, Corrêa AR. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(2):388-94. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200017>. PMID:22576543.
26. Oguisso T, Schmidt MJ. Certificação profissional na enfermagem. In: Oguisso T, Schmidt MJ, editores. *O exercício da enfermagem: uma abordagem ético legal.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p. 248-253.
27. Silva BF, Lopes FA, Queiroz TC, Souza TDL, Gomes LKG. Inovações na segurança do paciente assistido em clínica médica: qualidade de registros da equipe de saúde nos prontuários [resumo expandido]. In: *Mostra Interdisciplinar do Curso de Enfermagem.* Quixadá: Unicatólica; 2016. (Vol. 2, No. 2).
28. Silva LCS, Prado MA, Barbosa MA, Ribeiro DPO, Lima FHA, Andrade LZ, et al. Inconformidades acerca dos registros em prontuários: percepção dos trabalhadores de saúde da região central do Brasil. *Atas CIAIQ.* 2017;2:1570-7.
29. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Clínica ampliada. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
32. Rondina JM, Canêo PK, Campos MS. Conhecendo a experiência de implantação do prontuário eletrônico do paciente no Hospital de Base de São José do Rio Preto. *RAHIS.* 2016;13(1):43-52. <http://dx.doi.org/10.21450/rahis.v13i1.2944>.

33. Patricio CM, Maia MM, Machiavelli JL, Navaes MA. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? Sci Med. 2011;21(3):121-31.
34. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.