

# Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente

## *Incidence of in-hospital adverse events in the State of Rio de Janeiro, Brazil: Evaluation of patient medical record*

Ana Luiza Braz Pavão<sup>I</sup>

Daniel Andrade<sup>II</sup>

Walter Mendes<sup>III</sup>

Mônica Martins<sup>III</sup>

Cláudia Travassos<sup>II</sup>

<sup>I</sup> Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ)

<sup>II</sup> Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz)

<sup>III</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz)

Trabalho realizado na Fundação Oswaldo Cruz.

**Conflitos de Interesse:** Os autores declararam não haver.

**Financiamento:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ); processo nº: E-26/100.474/2007.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz: Protocolo 271/05

**Correspondência:** Ana Luiza Braz Pavão. Avenida Lúcio Costa nº 3360 aptº 303/01 – Rio de Janeiro, RJ CEP 22630-010. E-mail: analuizabp@yahoo.com.br

## Resumo

**Objetivo:** Avaliar a qualidade da informação dos prontuários de três hospitais de ensino do Estado do Rio de Janeiro, participantes do estudo de base para a estimativa da incidência de eventos adversos (EA). **Material e Métodos:** Estudo descritivo, baseado em informações coletadas na revisão de prontuários do estudo de base. Foi aplicado escore de completitude, medido pela proporção de informação ignorada, composto pelos graus de avaliação: excelente (menor que 5%), bom (5% - 10%), regular (11% - 20%), ruim (21% - 50%) e muito ruim (mais de 50%). Foram calculados proporções e intervalos de confiança de 95%, para cada informação do prontuário. A análise foi realizada para o conjunto dos pacientes, para os três hospitais e para pacientes com e sem EA. Foram calculadas médias na análise do conjunto de variáveis e, para fins de comparação, foi realizado o teste t de *Student*. Foi aplicado o teste qui-quadrado e a estatística de Fisher na análise comparativa entre pacientes com e sem EA. **Resultados:** A qualidade dos prontuários foi considerada ruim, no conjunto dos pacientes. As variáveis que apresentaram maior proporção de ausência de informação foram: "Avaliação inicial da enfermagem" (63,9%) e "Avaliação do paciente pelo assistente social" (80%). O hospital 3 apresentou melhor qualidade dos prontuários e o hospital 1 apresentou o pior resultado. Os pacientes com EA apresentaram melhor qualidade dos prontuários do que aqueles sem EA. **Conclusões:** Informações indispensáveis ao cuidado apresentaram baixo registro. Ressalta-se a importância da elaboração de medidas que visem melhorias na qualidade do prontuário, que irão refletir na qualidade da assistência ao paciente.

**Palavras-chave:** Prontuário. Qualidade. Cuidado em Saúde. Serviços de Saúde. Eventos Adversos. Segurança do Paciente.

## Abstract

**Objective:** To evaluate the quality of information obtained from medical records of three teaching hospitals in the State of Rio de Janeiro, Brazil, which participated in a previous study on the incidence of adverse events (AE). **Methods:** Descriptive study based on the information collected from medical record review during the incidence study. An evaluation score of completeness, measuring the proportion of absent information was applied, based on the following items: excellent (less than 5%), good (5% - 10%), moderate (11% - 20%), bad (21% - 50%), and very bad (more than 50%). Proportions and 95% confidence intervals were calculated for each variable obtained from medical records. Analysis was developed for the whole group of patients, by hospital groups, and by patients with and without AE. For analyzing the group of variables, means were estimated and the t-student's test was applied for comparisons. The Chi-squared test and Fisher's statistics were applied for comparing patients with and without AE. **Results:** The quality of information obtained from patient medical records was considered bad in the group of patients as a whole. Variables with the highest proportion of absent information were: "Nurse's first evaluation of the patient" (63.9%) and "Social worker's evaluation" (80%). Hospital 3 had the best results in terms of quality of medical records and hospital 1 had the worst results. The quality of medical records of patients with AE was better than the quality of medical records of patients that had no AE. **Conclusions:** Variables considered essential for patient's healthcare were not well documented. Measures to develop quality of medical records are necessary to improve patient's healthcare.

**Keywords:** Medical Records. Quality. Healthcare. Health Services. Adverse Events. Patient Safety.

## Introdução

O prontuário médico, também denominado prontuário do paciente ou registro médico, reúne informações sobre o paciente, os exames médicos realizados e as condutas adotadas pelos profissionais de saúde. O Conselho Federal de Medicina, no artigo 1º da Resolução nº 1.639/2002, define prontuário médico como o documento único constituído por um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas com base em 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<sup>1</sup>. Trata-se de um documento de extrema relevância no cuidado ao paciente, servindo à continuidade do cuidado pela documentação da evolução do doente e das terapias utilizadas, além de ser prova para fins jurídicos e fonte de dados para estudos epidemiológicos. Atualmente, é considerado critério de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, sendo ponto chave para informar acerca do processo de trabalho<sup>2</sup>.

O registro de informações é atividade diária de todo profissional de saúde. O ato de preencher o prontuário tem sido mais valorizado nos países desenvolvidos. O emprego do prontuário eletrônico, modalidade cada vez mais adotada pelos serviços e sistemas de saúde, apresenta inúmeras vantagens, como a maior completude das informações, a possibilidade de acesso às informações do paciente em qualquer lugar e sempre que necessário, o fim dos problemas relacionados à caligrafia ilegível e a diminuição das chances de perda das informações<sup>1</sup>. No entanto, a maioria dos hospitais universitários e de ensino no Brasil ainda utiliza os prontuários em papel, como mostra um estudo que avaliou hospitais filiados à Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE). Dos 77 hospitais avaliados, nenhum utilizava o prontuário eletrônico, apenas 6 usavam algum tipo de informatização e a maioria

dos hospitais avaliados (92,2%; n = 71) utilizava prontuários do tipo convencional (suporte em papel). Este foi o único estudo encontrado de avaliação da qualidade dos prontuários hospitalares, no Brasil, nos últimos 5 anos, e revelou baixa qualidade da maioria dos prontuários estudados<sup>3</sup>.

O tema da Segurança do Paciente vem sendo amplamente difundido em diversos países, o que se reflete na grande quantidade de estudos sobre a ocorrência de eventos adversos (EA)<sup>4-13</sup>. O prontuário do paciente exerce um papel importante, pois a maioria desses estudos utilizou o método de revisão retrospectiva de prontuários, considerado padrão-ouro em estudos de mensuração de EA<sup>14</sup>. Segundo a nova taxonomia da Organização Mundial de Saúde (OMS), para a área de Segurança do Paciente, Evento Adverso é o incidente que resulta em dano/lesão ao paciente<sup>15</sup>. A documentação inadequada ou ausência de informação no prontuário pode estar relacionada à própria ocorrência dos EA, na medida em que é através dele que se obtêm as informações necessárias para o atendimento específico e adequado de cada paciente<sup>16</sup>. Por exemplo, no caso de um paciente alérgico à penicilina, a omissão dessa informação no prontuário poderia causar um evento adverso pela administração inadvertida deste medicamento.

Desta forma, a avaliação da qualidade das informações contidas no prontuário torna-se importante no contexto da Segurança do Paciente, não apenas pela sua utilização como fonte de dados para a avaliação da ocorrência de EA, mas por sua influência no cuidado prestado ao paciente e também por se tratar de um indicador de qualidade dos serviços da saúde. O presente estudo tem como objetivo avaliar a qualidade da informação obtida em prontuários de três hospitais de ensino do Estado do Rio

de Janeiro, que participaram do estudo de avaliação da incidência de EA<sup>12</sup>.

## Material e Métodos

### Avaliação da ocorrência de Eventos

#### Adversos (EA) – Estudo de Base

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (Protocolo nº 271/05) para sua realização, bem como autorização dos hospitais envolvidos mediante carta de autorização concedida pela direção dos mesmos. Os três hospitais envolvidos eram de ensino\* (2 hospitais de ensino e 1 unidade auxiliar de ensino) e possuíam as seguintes características, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): perfil assistencial, gestão municipal e número de leitos de 411 (hospital 1), 227 leitos (hospital 2) e 383 leitos (hospital 3).

Para a seleção da amostra, obteve-se dos hospitais uma listagem dos prontuários, referente a todas as internações ocorridas no ano de 2003, totalizando 27.350 internações. Em caso de mais de uma internação por paciente, a internação analisada foi aquela que ocorreu por último, no referido ano. Os parâmetros utilizados para o cálculo do tamanho amostral basearam-se em estudo prévio canadense e consistiam em: incidência esperada de pacientes com EA de 10% (erro máximo absoluto de 3%) e 50% de prontuários com a presença de pelo menos 1 critério de rastreamento (nível de significância de 5%)<sup>5</sup>. Foram excluídos do estudo os casos que apresentaram: data de admissão diferente de 2003, tempo de permanência hospitalar menor que 24 horas e idade menor que 18 anos. Os percentuais de perdas e de casos inelégíveis foram estimados em 10% e 20%, respectivamente.

\*A definição de hospital de ensino segue a Portaria Interministerial nº 2.400 de 2 de outubro de 2007: Art. 2º Determinar que poderão ser certificados como hospital de ensino as unidades hospitalares inscritas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, que servirem de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde, como hospitais gerais ou especializados, de propriedade de instituição de ensino superior, pública ou privada, ou que estejam formalmente conveniados com instituição de ensino superior.

O tamanho final da amostra foi de 1.628 pacientes, sendo 1.103 elegíveis para a avaliação da incidência de EA<sup>13</sup>.

O método de avaliação utilizado foi a revisão retrospectiva de prontuários, composto por 2 fases: a Fase de Rastreamento, ou fase 1, realizada por enfermeiras, e a Fase de Avaliação, ou fase 2, realizada por médicos. Após a análise do prontuário, enfermeiras e médicos preenchiam questionários específicos e estruturados para este fim: o Formulário de Rastreamento e o Formulário de Revisão. A primeira fase baseou-se em critérios pré-estabelecidos embasados no estudo canadense<sup>5</sup>, os critérios de rastreamento de EA, que foram traduzidos e adaptados para o português<sup>17</sup>. A detecção de pelo menos um critério de rastreamento no prontuário durante a fase 1 seleciona-o para a etapa seguinte (fase 2). A segunda fase, realizada por médicos, confirma ou não a ocorrência do evento adverso. No treinamento dos revisores, foi aplicada uma metodologia que utiliza prontuários-padrão, adotando-se como limite para a aprovação no treinamento 80% de concordância, a qual foi atingida pelos revisores<sup>17</sup>. Um maior detalhamento da metodologia do estudo de base pode ser obtido em estudos anteriores<sup>13,17</sup>.

### **Avaliação da qualidade dos prontuários**

O estudo de avaliação da qualidade do prontuário do paciente, objetivo do presente estudo, foi realizado com delineamento descritivo, baseando-se nas informações obtidas dos prontuários revisados pelas enfermeiras na Fase de Rastreamento do estudo de base. Para isso, foram utilizados os dados do módulo referente à Situação do Prontuário, do Formulário de Rastreamento de EA. As enfermeiras avaliavam cada prontuário e respondiam a perguntas fechadas acerca da completitude e da adequação das informações sobre as variáveis contidas nesse módulo.

As variáveis submetidas à avaliação pelas enfermeiras, na forma como constam no módulo referente à Situação do Prontuário, eram descritas da seguinte maneira: (1)

Identificação do paciente; (2) Avaliação do paciente pelo assistente social; (3) Anamnese e exame físico na admissão; (4) Avaliação inicial da enfermagem; (5) Anotações da enfermagem sobre a evolução do paciente; (6) Apontamentos de evolução médica/multidisciplinar sobre a evolução do paciente; (7) Ordens médicas e medicação; (8) Relatórios de procedimentos (por exemplo, cirúrgicos); (9) Resultados de laboratórios de patologia; (10) Diagnóstico de imagem; e (11) Sumário de alta. Com relação a essa última informação, ela consiste no documento que contém informações-chave que resumem a internação do paciente, tais como: diagnóstico principal e secundário, procedimentos realizados, data de admissão e saída e tipo de saída.

Para todas essas variáveis, as enfermeiras avaliadoras deveriam responder se a informação estava presente ou ausente (Sim/Não) e, caso presente, se a documentação estava adequada (Sim/Não).

As variáveis foram categorizadas da seguinte forma: “Sim, Adequado” (ADQ), caso a informação sobre a variável estivesse presente e suficientemente documentada; “Sim, Inadequado” (INADQ), se houvesse a informação sobre a variável, mas esta estivesse incompleta ou insuficientemente documentada; e “Sem Informação” (SI), para os casos em que não constasse nenhuma informação referente ao dado avaliado.

Utilizou-se, para fins de comparação, o escore de completitude da informação, desenvolvido por Romero & Cunha para avaliar a qualidade de Sistemas de Informação em Saúde<sup>18,19</sup>, e já aplicado em estudo anterior para a avaliação de prontuários de pacientes<sup>20</sup>. Segundo os autores, a completitude é medida pela proporção de informação ignorada no preenchimento de determinada variável. Foi criado um escore com os seguintes graus de avaliação: excelente (menor que 5%), bom (5%-10%), regular (11%-20%), ruim (21%-50%) e muito ruim (mais de 50%)<sup>18,19</sup>.

A análise foi realizada para o conjunto dos pacientes e desagregada, para os três hospitais e para os pacientes que apresen-

taram EA e para os que não apresentaram EA. Foram calculadas proporções e os respectivos intervalos de confiança de 95% para cada informação obtida do prontuário do paciente. Para a análise de todas as variáveis em conjunto, foram calculadas médias e, para a comparação das médias, foi realizado o teste t de *Student* para amostras independentes. A hipótese nula considerada é a de não haver diferença na qualidade dos prontuários dos pacientes entre os hospitais e entre os pacientes com e sem EA. Para a análise comparativa entre os pacientes com e sem EA, foi realizado ainda o teste qui-quadrado e a estatística de Fisher para a avaliação de cada variável obtida do prontuário. Foi considerada uma probabilidade de erro tipo I de 5%. O programa estatístico utilizado para a análise dos dados foi o Stata versão 10.0.

## Resultados

Para o conjunto dos pacientes, a proporção de Informação Adequada (ADQ) para todas as variáveis analisadas foi de 60,1%, e a proporção de ausência de informação (SI) foi de 26,9%. As variáveis que apresentaram

maior proporção ADQ foram: “Ordens médicas e medicação” (96,6%), “Apontamentos de evolução médica/multidisciplinar sobre a evolução do paciente” (81,3%) e “Resultados de laboratórios de patologia” (81,4%). Essas variáveis, exceto “Resultados de laboratórios de patologia”, também tiveram avaliação excelente pelo escore de completude da informação. Outras variáveis com escore excelente foram: “Anotações da enfermagem sobre a evolução do paciente” e “Identificação do paciente”. As variáveis que apresentaram maior proporção SI foram: “Avaliação inicial da enfermagem” (63,9%) e “Avaliação do paciente pelo assistente social” (80,0%), ambas com avaliação muito ruim pelo escore. Dados indispensáveis ao cuidado hospitalar, como “Anamnese e exame físico na admissão” e “Sumário de alta” tiveram qualidade de informação ruim, com percentuais entre 50% e 60% (Tabela 1).

Comparando-se os hospitais, a proporção ADQ, para todas as variáveis do estudo, foi 42,2% para o hospital 1, 63,4% para o hospital 2 e 76,5% para o hospital 3. Essas diferenças foram estatisticamente significativas apenas para a comparação do hospital 1 *vs.* hospital 2 e *vs.* hospital 3

**Tabela 1** - Situação da informação do prontuário no conjunto dos pacientes dos três hospitais de ensino, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2003

**Table 1** – Status of patient medical record information in three teaching hospitals, State of Rio de Janeiro, Brazil, 2003

Situação da informação do prontuário % (IC95%)	Total de pacientes (n=1103)		
	ADQ	INADQ	SI
Identificação do paciente	41,4 (38,5-44,3)	58,1 (55,2-61,0)	0,5 (0,1-0,9)
Anamnese e exame físico na admissão	54,4 (51,5-57,3)	15,7 (13,5-17,8)	29,9 (27,2-32,6)
Avaliação inicial da enfermagem	34,1 (31,3-36,9)	2,0 (1,2-2,8)	63,9 (61,1-66,8)
Apontamentos de evolução médica/multidisciplinar sobre a evolução do paciente	81,3 (79,0-83,6)	15,9 (13,7-18,0)	2,8 (1,8-3,8)
Anotações da enfermagem sobre a evolução do paciente	75,8 (73,3-78,3)	22,4 (19,9-24,9)	1,8 (1,0-2,6)
Ordens médicas e medicação	96,6 (95,6-97,7)	2,9 (1,9-3,9)	0,5 (0,1-0,9)
Sumário de alta	59,5 (56,6-62,4)	8,5 (6,9-10,2)	32,0 (29,2-34,8)
Avaliação do paciente pelo assistente social	16,4 (14,2-18,6)	3,6 (2,5-4,7)	80,0 (77,6-82,3)
Relatórios de procedimentos (ex. cirúrgicos)	61,9 (59,1-64,8)	8,9 (7,2-10,6)	29,2 (26,5-31,9)
Resultados de laboratórios de patologia	81,4 (79,1-83,7)	2,7 (1,8-3,7)	15,9 (13,7-18,0)
Diagnóstico de imagem	58,8 (55,9-61,7)	2,0 (1,2-2,8)	39,2 (36,3-42,1)

ADQ: Sim, adequada (informação presente e suficientemente documentada); INADQ: Sim, inadequada (informação presente, mas incompleta); SI: Sem Informação.

ADQ: Yes, adequate (information is present and well documented); INADQ: Yes, inadequate (information is present, but incomplete); SI: No information available.

( $p < 0,05$ ). A proporção SI foi classificada como ruim para o hospital 1 (36%) e para o hospital 2 (22,7%) e regular para o hospital 3 (20,9%). Essas diferenças não foram estatisticamente significativas ( $p > 0,05$  entre os hospitais). Em relação às informações obtidas do prontuário, observou-se que, para a variável “Avaliação inicial da enfermagem”, a proporção SI foi classificada como muito ruim para os hospitais 1 e 2 (96,1% e 84%, respectivamente) e boa para o hospital 3 (9,9%). A variável “Resultados de laboratórios de patologia” teve avaliação variando de ruim a boa nos três hospitais. Já para as variáveis “Avaliação do paciente pelo assistente social”, “Relatórios de procedimentos (por exemplo, cirúrgicos)” e “Diagnóstico de imagem”, as proporções SI tiveram avaliações entre ruim e muito ruim nos três hospitais. No caso das variáveis consideradas indispensáveis ao cuidado hospitalar, o “Sumário de alta”, apresentou avaliação muito ruim apenas no hospital 1 (83,6%). Para os demais hospitais, sua avaliação foi excelente no hospital 2 e boa no hospital 3. Em “Anamnese e exame físico na admissão”, a proporção SI foi regular no hospital 1 (17,1%) e ruim nos hospitais 2 e 3 (35,7% e 37,8%, respectivamente).

O hospital 1 foi o que apresentou pior qualidade dos prontuários, com a maior proporção de prontuários com ausência de informação e a menor proporção de prontuários com documentação adequada, com destaque para a variável “Sumário de alta”, que teve uma avaliação consideravelmente pior nesse hospital do que nos outros hospitais. O hospital 3, em contrapartida, foi o que teve a melhor qualidade em seus prontuários, ressaltando-se a avaliação da variável “Avaliação inicial da enfermagem”, considerada boa, diferentemente dos demais hospitais, com avaliação muito ruim para essa variável (Tabela 2).

Comparando-se os pacientes com e sem EA, as proporções de prontuários ADQ, em todas as variáveis do estudo, foram de 62% e 60,1%, respectivamente. Essa diferença não foi estatisticamente significativa ( $p = 0,85$ ). As proporções de prontuários SI, nos

pacientes com e sem EA, foram de 23,5% e 27,1%, respectivamente, mas essa diferença também não foi estatisticamente significativa ( $p = 0,76$ ). Nos pacientes com EA, verificou-se menor proporção de prontuários Sem Informação (SI) e maior proporção de prontuários com documentação adequada (ADQ), em comparação com os pacientes sem EA, apesar de essas diferenças não terem sido estatisticamente significativas.

Analisando-se comparativamente cada informação obtida do prontuário de pacientes com e sem EA e sua significância estatística, observou-se que, para a variável “Avaliação do paciente pelo assistente social”, os pacientes com EA tiveram maior percentual de documentação adequada, em comparação aos sem EA. Essa diferença foi estatisticamente significativa ( $p = 0,03$ ). Para a variável “Diagnóstico de imagem”, os pacientes com EA também apresentaram maior percentual de documentação adequada, em comparação aos sem EA, e essa diferença foi estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Para as variáveis “Diagnóstico de imagem” e “Resultados de laboratórios de patologia”, os pacientes com EA tiveram menor percentual de ausência de informação, quando comparados aos pacientes sem EA. Essas diferenças também foram estatisticamente significativas para ambas as variáveis ( $p > 0,001$  e  $p = 0,008$ , respectivamente, para “Diagnóstico de imagem” e “Resultados de laboratórios de patologia”). No “Sumário de alta”, foi observado resultado inverso: os pacientes com EA tiveram menor proporção de documentação adequada do que os pacientes sem EA e essa diferença foi estatisticamente significativa ( $p = 0,01$ ). Da mesma forma, os pacientes com EA tiveram maior proporção de ausência da informação relativa ao sumário de alta, no prontuário, do que os sem EA, e essa diferença também foi estatisticamente significativa ( $p = 0,02$ ).

As demais variáveis não apresentaram diferença estatisticamente significativa, quando comparadas entre os pacientes com EA e sem EA.

Houve diferença no escore de completude da informação para a variável

**Tabela 2** - Situação da informação do prontuário nos pacientes de cada hospital de ensino estudado, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2003

**Table 2** - Status of patient medical record information in each teaching hospital studied, State of Rio de Janeiro, Brazil, 2003

Situação da informação do prontuário % (IC95%)	Hospital 1 (n=385)			Hospital 2 (n=356)			Hospital 3 (n=362)		
	ADQ	INADQ	SI	ADQ	INADQ	SI	ADQ	INADQ	SI
Identificação do paciente	6,5 (4,0-9,0)	92,7 (90,1-95,3)	0,8 (-0,1-1,7)	30,3 (25,5-35,1)	69,4 (64,6-74,2)	0,3 (-0,3-0,8)	89,5 (86,3-92,7)	10,2 (7,1-13,4)	0,3 (-0,3-0,8)
Anamnese e exame físico na admissão	46,8 (41,7-51,8)	36,1 (31,3-40,9)	17,1 (13,4-20,9)	56,5 (51,3-61,6)	7,9 (5,1-10,7)	35,7 (30,7-40,7)	60,5 (55,4-65,6)	1,7 (0,3-3,0)	37,8 (32,8-42,9)
Avaliação inicial da enfermagem	3,4 (1,6-5,2)	0,5 (-0,2-1,2)	96,1 (94,2-98,0)	13,2 (9,7-16,7)	2,8 (1,1-4,5)	84,0 (80,2-87,8)	87,3 (83,8-90,7)	2,8 (1,1-4,5)	9,9 (6,8-13,0)
Apontamentos de evolução médica/multi-disciplinar sobre a evolução do paciente	74,0 (69,6-78,4)	24,7 (20,3-29,0)	1,3 (0,2-2,4)	78,9 (74,7-83,2)	18,0 (14,0-22,0)	3,1 (1,3-4,9)	91,4 (88,5-94,3)	4,4 (2,3-6,5)	4,1 (2,1-6,2)
Anotações da enfermagem sobre a evolução do paciente	46,8 (41,7-51,8)	50,1 (45,1-55,1)	3,1 (1,4-4,9)	84,6 (80,8-88,3)	13,8 (10,2-17,4)	1,7 (0,3-3,0)	98,1 (96,6-99,5)	1,4 (0,2-2,6)	0,6 (-0,2-1,3)
Ordens médicas e medicação	94,0 (91,6-96,4)	6,0 (3,6-8,4)	0,0	96,6 (94,7-98,5)	2,0 (0,5-3,4)	1,4 (0,2-2,6)	99,4 (98,7-100,2)	0,6 (-0,2-1,3)	0,0
Sumário de alta	13,8 (10,3-17,2)	2,6 (1,0-4,2)	83,6 (79,9-87,3)	79,2 (75,0-83,4)	18,8 (14,7-22,9)	2,0 (0,5-3,4)	88,7 (85,4-92,0)	4,7 (2,5-6,9)	6,6 (4,1-9,2)
Avaliação do paciente pelo assistente social	1,3 (0,2-2,4)	0,5 (-0,2-1,2)	98,2 (96,8-99,5)	29,8 (25,0-34,5)	9,8 (6,7-12,9)	60,4 (55,3-65,5)	19,3 (15,2-23,4)	0,8 (-0,1-1,8)	79,8 (75,7-84,0)
Relatórios de procedimentos (ex. cirúrgicos)	56,9 (51,9-61,9)	16,4 (12,7-20,1)	26,8 (22,3-31,2)	60,7 (55,6-65,8)	9,0 (6,0-12,0)	30,3 (25,5-35,1)	68,5 (63,7-73,3)	0,8 (-0,1-1,8)	30,7 (25,9-35,4)
Resultados de laboratórios de patologia	77,4 (73,2-81,6)	5,5 (3,2-7,7)	17,1 (13,4-20,9)	91,9 (89,0-94,7)	2,0 (0,5-3,4)	6,2 (3,7-8,7)	75,4 (71,0-79,9)	0,6 (-0,2-1,3)	24,0 (19,6-28,5)
Diagnóstico de imagem	42,3 (37,4-47,3)	4,7 (2,6-6,8)	53,0 (48,0-58,0)	73,6 (69,0-78,2)	0,6 (-0,2-1,3)	25,8 (21,3-30,4)	61,9 (56,9-66,9)	0,6 (-0,2-1,3)	37,6 (32,6-42,6)

ADQ: Sim, adequada (informação presente e suficientemente documentada); INADQ: Sim, inadequada (informação presente, mas incompleta); SI: Sem Informação.

ADQ: Yes, adequate (information is present and well documented); INADQ: Yes, inadequate (information is present, but incomplete); SI: No information available.

“Resultados de laboratórios de patologia”, com avaliação boa, no grupo de pacientes com EA, e regular, no grupo de pacientes sem EA. Também houve diferença nessa classificação para a variável “Diagnóstico de imagem”, que apresentou avaliação regular, no grupo de pacientes com EA, e ruim, no grupo dos que não apresentaram EA. Para as demais variáveis, o escore de completitude da informação apresentou a mesma avaliação, nos dois grupos (Tabela 3).

## Discussão

A qualidade dos prontuários foi considerada ruim, tomando-se como base o escore de completitude da informação para todas as variáveis obtidas do prontuário (26,9%). A proporção de documentação adequada

foi igual a igual a 60,1%, no conjunto de pacientes, variando de 42,2%, no hospital 1, a 76,5%, no hospital 3, para todas as variáveis analisadas. Tendo em vista que se trata de hospitais de ensino, onde se espera que haja melhor qualidade no registro, os resultados são ainda mais preocupantes.

Limitações na qualidade dos prontuários de pacientes já foram descritas na literatura<sup>3,20-22</sup>. Em estudo prévio, sobre a avaliação de prontuários de hospitais de ensino do Brasil, os autores também verificaram baixa qualidade dos prontuários analisados, em concordância com os achados do presente estudo, com destaque para a precariedade das informações relativas à anamnese do paciente<sup>3</sup>. Da mesma forma, outro estudo brasileiro, que avaliou prontuários da atenção básica, demonstrou

**Tabela 3** - Situação da informação do prontuário nos pacientes com EA e nos pacientes sem EA, nos hospitais de ensino, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2003

**Table 3** - Status of medical record information for patients with AE and patients without AE in teaching hospitals, State of Rio de Janeiro, Brazil, 2003

Situação da informação do prontuário % (IC95%)	Pacientes com EA (n=84)			Pacientes sem EA (n=1019)		
	ADQ	INADQ	SI	ADQ	INADQ	SI
Identificação do paciente	35,7 (25,3-46,2)	64,3 (53,8-74,7)	0,0	41,9 (38,9-44,9)	57,6 (54,6-60,6)	0,5 (0,1-0,9)
Anamnese e exame físico na admissão	61,9 (51,3-72,5)	16,7 (8,5-24,8)	21,4 (12,5-30,4)	53,8 (50,7-56,8)	15,6 (13,4-17,8)	30,6 (27,8-33,5)
Avaliação inicial da enfermagem	29,8 (19,8-39,7)	3,6 (-0,5-7,6)	66,7 (56,4-77,0)	34,4 (31,5-37,4)	1,9 (1,0-2,7)	63,7 (60,7-66,6)
Apontamentos de evolução médica/multidisciplinar sobre a evolução do paciente	82,1 (73,8-90,5)	17,9 (9,5-26,2)	0,0	81,3 (78,9-83,7)	15,7 (13,5-17,9)	3,0 (2,0-4,1)
Anotações da enfermagem sobre a evolução do paciente	67,9 (57,7-78,1)	31,0 (20,9-41,0)	1,2 (-1,2-3,6)	76,4 (73,8-79,1)	21,7 (19,2-24,2)	1,9 (1,0-2,7)
Ordens médicas e medicação	95,2 (90,6-99,9)	3,6 (-0,5-7,6)	1,2 (-1,2-3,6)	96,8 (95,7-97,9)	2,8 (1,8-3,9)	0,4 (0,0-0,8)
Sumário de alta	39,3 (28,6-49,9)	13,1 (5,7-20,5)	47,6 (36,7-58,5)	61,1 (58,1-64,1)	8,1 (6,5-9,8)	30,7 (27,9-33,6)
Avaliação do paciente pelo assistente social	25,0 (15,5-34,5)	0,0	75,0 (65,5-84,5)	15,7 (13,5-17,9)	3,9 (2,7-5,1)	80,4 (77,9-82,8)
Relatórios de procedimentos (ex. cirúrgicos)	66,7 (56,4-77,0)	7,1 (1,5-12,8)	26,2 (16,6-35,8)	61,5 (58,5-64,5)	9,0 (7,3-10,8)	29,4 (26,6-32,2)
Resultados de laboratórios de patologia	89,3 (82,5-96,0)	4,8 (0,1-9,4)	6,0 (0,8-11,1)	80,8 (78,3-83,2)	2,6 (1,6-3,5)	16,7 (14,4-19,0)
Diagnóstico de imagem	84,5 (76,6-92,4)	1,2 (-1,2-3,6)	14,3 (6,6-21,9)	56,7 (53,7-59,8)	2,1 (1,2-2,9)	41,2 (38,2-44,2)

ADQ: Sim, adequada (informação presente e suficientemente documentada); INADQ: Sim, inadequada (informação presente, mas incompleta); SI: Sem Informação.

ADQ: Yes, adequate (information is present and well documented); INADQ: Yes, inadequate (information is present, but incomplete); SI: No information available.

registro inadequado de características do processo de atendimento de doentes, como peso, pressão arterial e glicemia, refletindo em dificuldades na prestação do cuidado e na qualidade da informação<sup>20</sup>.

Os prontuários nem sempre contêm as informações indispensáveis ao cuidado do paciente e, menos ainda, dados sobre os incidentes ocorridos durante o cuidado<sup>21,22</sup>. Um estudo norte-americano comparou o relato de pacientes entrevistados, acerca do cuidado recebido, com os respectivos registros médicos. De acordo com as entrevistas, 23% dos pacientes tinham sofrido algum evento adverso, mas, apenas 11% dos respectivos prontuários revelaram algum problema no cuidado recebido. Segundo os autores, 253 eventos foram identificados

somente por entrevista e, destes, 13% eram graves<sup>21</sup>. Outro estudo conduzido nos EUA avaliou a forma com que EA ocorridos durante o cuidado prestado eram relatados por médicos residentes. Segundo os resultados do estudo, dos 73 eventos detectados, apenas 41,1% estavam documentados<sup>22</sup>.

Na análise entre os hospitais, observou-se que o hospital 1 foi o que apresentou pior qualidade dos prontuários e o hospital 3 foi o que apresentou melhor qualidade desses registros, apesar de não ter sido encontrada significância estatística. Estudos já publicados mostram que a qualidade dos registros pode refletir a qualidade da assistência prestada<sup>2,20</sup>. As diferenças observadas na qualidade dos prontuários entre os hospitais está de acordo com as diferenças detectadas, em



estudo anterior, na incidência de pacientes com EA nos mesmos hospitais, tendo o hospital 1 apresentado a maior incidência (11,3%), seguido pelo hospital 2 (7,9%) e, por último, o hospital 3 (5,5%)<sup>13</sup>.

As variáveis obtidas dos prontuários, que apresentaram avaliação excelente, pelo escore de completitude da informação, nos 3 hospitais, foram “Identificação do paciente”, “Apontamentos de evolução médica/multidisciplinar sobre a evolução do paciente”, “Anotações da enfermagem sobre a evolução do paciente” e “Ordens médicas e medicação”. No estudo brasileiro, que avaliou prontuários hospitalares<sup>3</sup>, a ficha destinada ao preenchimento do médico, relativa à evolução clínica do paciente, esteve ausente em 6,5% dos prontuários, diferentemente do presente estudo, no qual o percentual para a variável correspondente “Apontamentos de evolução médica/multidisciplinar sobre a evolução do paciente” foi de 2,8%. No entanto, no presente estudo, essa variável não se limitou às anotações apenas do médico, mas também dos demais profissionais de saúde (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e fonoaudiólogo), o que pode ter causado a diferença observada.

A variável que apresentou a pior avaliação nos três hospitais (muito ruim) foi “Avaliação do paciente pelo assistente social”. No estudo brasileiro<sup>3</sup>, o resultado foi bastante semelhante para esta variável (80,5% *vs.* 80,0%, no presente estudo), demonstrando que existe uma provável deficiência na assistência social prestada ao paciente. Outras variáveis com avaliação ruim pelo escore de completitude foram “Diagnóstico de imagem” (muito ruim a ruim nos três hospitais) e “Relatórios de procedimentos (ex. cirúrgicos)” (ruim nos três hospitais), revelando a existência de falhas no registro de informações relativas a exames de imagem e procedimentos realizados. Isso é particularmente importante na perspectiva da cirurgia segura, visto que o adequado preenchimento de informações relativas ao procedimento cirúrgico, às condições do paciente no momento da cirurgia e aos

medicamentos anestésicos administrados, dentre outras, pode prevenir a ocorrência de EA.

Observou-se que informações fundamentais para o cuidado do paciente, como “Anamnese e exame físico na admissão”, “Avaliação inicial da enfermagem” e “Sumário de alta”, apresentaram baixa qualidade de registro (“ruim”, “muito ruim” e “ruim”, respectivamente). No estudo brasileiro, que avaliou prontuários hospitalares<sup>3</sup>, a variável correspondente a “Sumário de alta” também apresentou qualidade ruim, segundo o escore de completitude, com percentual de ausência da informação de 33,8%, corroborando os achados do presente estudo. Em relação a essa variável, ressalta-se ainda a sua importância no processo da transição do cuidado, para o qual a qualidade das informações médicas é de vital importância, como, por exemplo, na articulação entre os serviços de saúde quando da abordagem de um paciente transferido para um setor médico especializado, onde seu caso será estudado e condutas serão propostas a partir da completitude das informações referenciadas.

Foram observadas, no presente estudo, diferenças na qualidade dos prontuários entre os pacientes com EA e os sem EA. Os pacientes que não apresentaram EA tiveram qualidade de seus prontuários inferior àquela encontrada nos pacientes com EA, apesar de essa diferença não ter sido estatisticamente significativa. No entanto, na análise específica de cada informação, os prontuários de pacientes com EA tiveram maior qualidade em todas as variáveis, exceto em “Sumário de Alta”, o que provavelmente foi causado pela maior proporção de indivíduos oriundos do hospital 1, entre os pacientes com EA. A pior qualidade dos prontuários de pacientes sem EA pode ter contribuído para a subestimação da incidência desses eventos. No entanto, o resultado final do estudo mostra que, ainda assim, foi possível identificar os EA e os valores encontrados foram compatíveis com os achados de outros estudos.

Um dos desafios do método de revisão

retrospectiva de prontuários é a própria subestimação da verdadeira magnitude desses eventos, em função da limitação na qualidade dos dados nos prontuários dos pacientes, que dificulta a detecção dos EA<sup>11</sup>. Brennan *et. al.* apontaram as seguintes limitações do método de revisão retrospectiva de prontuários, para a identificação de EA: como depende da presença da informação sobre a ocorrência do evento, se esta estiver ausente, a revisão pode ser desnecessária; e, mesmo que os prontuários contenham a informação sobre o evento adverso, ainda existe a possibilidade de que esta não seja detectada pelos revisores<sup>23</sup>. Outro aspecto importante da revisão de prontuários é o seu elevado custo<sup>14,24</sup>. As desvantagens do método de revisão retrospectiva de prontuários não se restringem apenas aos estudos para a avaliação da ocorrência de EA, mas são inerentes a qualquer estudo epidemiológico que necessite recorrer aos registros médicos como fonte de informação. Isso se torna particularmente importante em uma situação de baixa qualidade dos prontuários. Ainda assim, o método de revisão retrospectiva de prontuários é considerado padrão-ouro para a detecção da ocorrência de EA, em diversos estudos já conduzidos<sup>14,25</sup>.

Dentre as limitações do presente estudo, destacam-se duas principais: o reduzido tamanho amostral, principalmente quando se procedeu à categorização das variáveis obtidas dos prontuários; e a ausência de uma amostra representativa de cada hospital,

dado que o objetivo do estudo de base era obter a incidência de pacientes com EA no conjunto de hospitais. No entanto, como os três hospitais tinham características semelhantes e suas amostras de prontuários eram similares e razoavelmente grandes e, ainda, como o presente estudo tem um caráter descritivo, acredita-se que as comparações entre os hospitais possam ser realizadas.

O presente estudo mostrou qualidade ruim dos prontuários de pacientes dos três hospitais de ensino avaliados no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Ao serem analisados diferentes tipos de informação obtidos desses prontuários, chamou atenção o fato de variáveis indispensáveis ao cuidado do paciente, tais como "Sumário de alta", apresentarem baixa qualidade de registro. Diante dos resultados apresentados, os prontuários têm sua utilidade limitada para a avaliação do cuidado, para a transição do cuidado e mesmo na realização de estudos epidemiológicos. Apesar de inúmeras vantagens, o emprego do prontuário eletrônico não supre as deficiências de registro e, como um resultado de sua baixa especificidade, continuam a requerer o método de revisão manual<sup>3,14</sup>. Sendo assim, ressalta-se a importância da elaboração de medidas que visem melhorias na qualidade do prontuário do paciente, como esforços no sentido de um preenchimento mais adequado, que irão refletir na qualidade da assistência prestada ao paciente, sobretudo na realidade brasileira, onde foi verificada baixa qualidade da informação.

---

## Referências

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº. 1638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. Diário Oficial da União; 9 de agosto de 2002.
2. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260: 1743-8.
3. Silva FG, Tavares-Neto J. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. *Rev Bras Educ Med* 2007; 31: 113-26.
4. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000; 38: 261-71.
5. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004; 170: 1678-86.
6. Schioler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A et al. Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. *Ugeskr Laeger* 2001; 163: 5370-8.

7. Wilson RM, Runciman WB, Gibbert RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. *Med J Aust* 1995; 163: 458-71.
8. Davis P, Lay-Yee R, Schug S, Briant R, Scott A, Johnson S et al. Adverse events regional feasibility study: indicative findings. *N Z Med J* 2001; 114: 203-5.
9. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *Br Med J* 2001; 322: 517-9.
10. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vítaller-Murillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez R, Terol-García E et al. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. *J Epidemiol Community Health* 2008; 62: 1022-9.
11. Soop M, Fryksmark U, Köster M, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care* 2009; 21: 285-91.
12. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial por La Seguridad del Paciente y Ministerio de Sanidad y Política Social de España. *Estudo IBEAS: Prevalencia de Efectos Adversos em Hospitales de LatinoAmerica*. Mexico; 2009.
13. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care* 2009; 22: 1-6.
14. Murff HJ, Patel VL, Hripcsak G, Bates DW. Detecting adverse events for patient safety research: a review of current methodologies. *J Am Med Assoc* 2003; 36: 131-43.
15. World Health Organization. *World Alliance for Patient Safety, Taxonomy. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*. Geneva; 2009, version 1,1, page 16 (WHO - Final Technical Report).
16. Edwards M, Moczygemba J. Reducing medical errors through better documentation. *Health Care Manag* 2004; 23: 329-33.
17. Mendes W, Travassos C, Martins M, Marques PM. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11: 55-66.
18. Romero DE, Cunha, CB. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cad Saúde Pública* 2006; 22: 673-84.
19. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. *Cad Saúde Pública* 2007; 23: 701-14.
20. Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IHS. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24: S173-82.
21. Weissman JS, Schneider EC, Weingart SN, Epstein AM, David-Kasdan J, Feibelmann S et al. Comparing Patient-Reported Hospital Adverse Events with Medical Record Review: Do Patients Know Something That Hospitals Do Not? *Ann Intern Med* 2008; 149: 100-8.
22. Rosenthal MM, Cornett PL, Sutcliffe KM, Lewton E. Beyond the Medical Record. Other Modes of Error Acknowledgment. *J Gen Intern Med* 2005; 20: 404-9.
23. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. 1991. *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 145-51.
24. Michel P, Quenon JL, De Sarasqueta AM, Scemama O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. *BMJ* 2004; 328: 199-203.
25. Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC. Revisão dos estudos de ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8: 393-6.

Recebido em: 13/05/2011

Versão final apresentada em: 30/06/2011

Aprovado em: 05/09/2011