

Sumário de Alta

Aspectos Legais



Dr. Werner T. Müller
GNACS

Secretaria de Estado da Saúde - SP

Prontuário – a palavra origina-se do latim *promptuarium* e significa “lugar onde são guardadas coisas de que se pode precisar a qualquer momento” ou ainda “ficha que contem os dados pertinentes de uma pessoa”.

Stanley Reiser (1991) escreveu que a função do prontuário é “fornecer observações a respeito da evolução da saúde de um paciente, transmitir estas informações a outros, para instruir estudantes, para adquirir conhecimento, para monitorar o desempenho, e justificar as intervenções. “

Os vários usos descritos nesta declaração, embora diversificados, têm um único objetivo - promover a aplicação das ciências da saúde em melhorar o bem-estar dos pacientes, incluindo a realização de pesquisas e atividades de saúde pública que abordam a saúde da população.

Hipócrates, no séc. 5 AC – o registro médico deveria refletir exatamente o curso da doença e indicar suas possíveis causas, Seu registro era feito sempre em ordem cronológica.

Em 1892 fundada a Clínica Mayo (Rochester – Minnesota) pelos irmãos Mayo. Inicialmente, como era comum em outros hospitais, tinha o seu prontuário separado por médico.

Em 1907, sob a supervisão do Dr. Henry Plummer e sua assistente Mabel Root, a Clínica Mayo adotou o prontuário único para cada paciente. Nascia o registro médico centrado no paciente.

Em 1910 , no relatório Flexner (*Educação Médica nos Estados Unidos e Canadá. Um relatório para a Fundação Carnegie para o avanço do ensino*), sobre a educação médica nos EUA e Canadá houve a primeira declaração formal sobre a função e o conteúdo do prontuário médico (Abraham Flexner, 1910).

Defendendo uma visão científica para a educação médica, o relatório também encorajava os médicos a manterem registros médicos orientados ao paciente.

Nos anos 40, nos EUA, as autoridades de acreditação hospitalar passaram a insistir na necessidade da existência do registro médico preciso e bem organizado como uma das condições para acreditação.

Exigido, também, que os resumos de alta contivessem:

1. informações demográficas
2. diagnósticos de internação e de alta
3. permanência
4. procedimentos realizados.

Em 2002 publicada a RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002, que define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

Art. 1º - Definir prontuário médico como 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.

Art. 5º - Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

- I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:
 - a. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);
 - b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

- c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;
- d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;
- e. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

E o Sumário de Alta?

Apesar do sumário de alta ser um documento essencial, não existia até recentemente no Brasil um consenso sobre o conjunto de dados que fazem parte deste documento. Existem sim documentos com olhar de pagamento tanto na área pública como na privada.

Na área pública a AIH é um padrão de fato no Brasil em uso há mais de 20 anos .

Na área privada, a Guia de Resumo de Internação Hospitalar (como parte do padrão TISS) foi instituída pela ANS em outubro de 2005 . Desde então, esta passou a ser de uso mandatório para o processo de pagamento das operadoras de planos de saúde.

Estes dois documentos são voltados ao faturamento e não contém o nível de detalhamento necessário à continuidade da assistência, ainda que tenham grande valor histórico, uma vez que, até o momento, são as únicas fontes de dados sobre as internações hospitalares no País

Conselho	Nº Parecer	Resposta
Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM-PR) Curitiba – PR	Protocolo n.º16326/2011, de 13 de junho de 2011 Of. N.º 262/2011 - DEPCON	“quanto ao seu questionamento temos aduzir que a descrição de alta hospitalar faz parte do prontuário médico e deve conter as informações referentes ao estado de saúde do paciente no momento desta. Não conhecemos nenhuma normativa ética que defina os elementos a serem registrados”.
Conselho Federal de Medicina (CFM)	9414/2011 de 13 de outubro de 2011	“Informamos que não localizamos normativas deste CFM sobre sumário de alta hospitalar”

IDENTIFICAÇÃO DO CONTEÚDO PADRONIZADO DO SUMÁRIO DE ALTA

Andréia Cristina de Souza

Uma das narrativas clínicas importantes que compõe o prontuário é o sumário de alta, documento essencial para a continuidade da assistência ao paciente.

Este é constituído de informações relacionadas ao acompanhamento do paciente, como evolução clínica, procedimentos assistenciais, intervenções clínicas, cirúrgicas e diagnósticas, condutas adotadas e iniciadas para seguimento em clínica ou outro estabelecimento de assistência à saúde, e principalmente no final de sua permanência hospitalar.

Uma das principais finalidades do sumário de alta é a transição das informações do cuidado, que será realizado após a internação, promovendo a continuidade da assistência a fim de garantir a segurança do paciente. Essas informações são organizadas pelos profissionais da instituição em que o paciente se encontra, sendo destinadas ao profissional que recebe o paciente para continuar seu tratamento.

Sunil Kripalani et al (2007) da Emory School of Medicine, Atlanta- Georgia, apresentam alguns problemas pesquisados em um estudo que comprovam a ineficiência do sumário de alta devido à inexistência de um padrão e que tem afetado negativamente o atendimento posterior do paciente.

Os principais problemas encontrados foram:

- Dados insuficientes para a comunicação entre os profissionais de hospitais e de atenção primária, como informações imprecisas e omissão de informações necessárias; falta de resultados de testes de diagnósticos , resultados de exames e medicamentos indicados na alta, ou legibilidade;
- Tempo de entrega do resumo de alta ao profissional da atenção primária;
- Falta de aconselhamento familiar no momento da alta.

Em fevereiro de 2010, a Comissão de Estudo Especial de Informática em Saúde (ABNT/CEE-78) no âmbito do grupo de trabalho GT1 - Arquitetura, Modelos e Frameworks, criou um sítio para discussão do Sumário de Alta Hospitalar/Clínico (hoje <http://gt1.medicina.ufmg.br/>). Para o processo de discussão do conteúdo foi realizado o levantamento de sumários de alta de hospitais públicos e privados, orientações internacionais sobre formato de sumário clínico, bem como foram feitas revisões bibliográficas de artigos nacionais e internacionais sobre o tema.

Em março de 2010 foram coletados diferentes modelos de sumários de alta hospitalar em uso no País. Hospitais públicos, hospital filantrópico, hospital privado contratado do SUS e hospitais de uma rede de hospitais privados.

Essa comparação apontou para a existência de sete categorias de informações como:

- (1) Identificação do paciente;
- (2) Diagnóstico(s);
- (3) Resumo e evolução do quadro clínico;
- (4) Exames ou procedimentos realizados;
- (5) Informações da internação (data e hora) e motivo ou condição da alta;
- (6) Identificação do profissional e
- (7) recomendações pós-alta.

Com estas sete grandes categorias de informação e de revisão internacional foi proposto o conteúdo de informação para compor o Sumário de Alta de Internação.

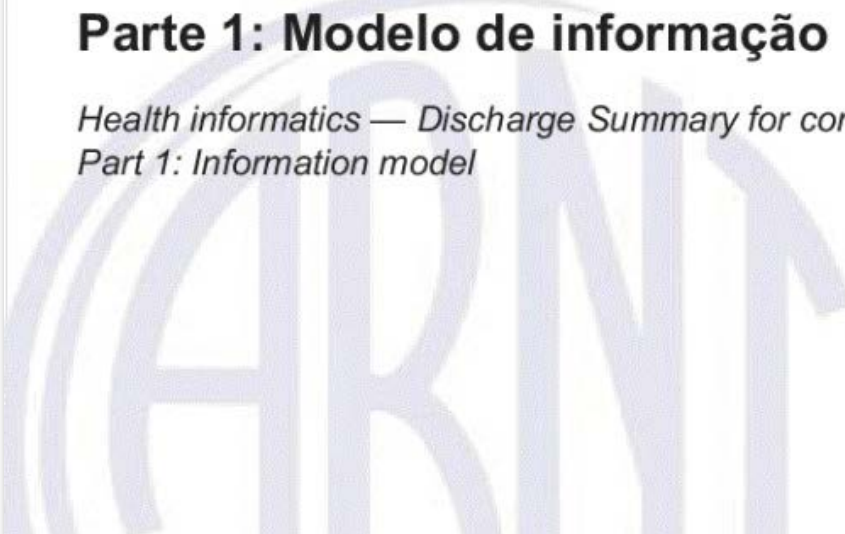
NORMA
BRASILEIRA

ABNT NBR
16472-1

Primeira edição
07.03.2016

**Informática em saúde — Sumário de alta para
continuidade do cuidado
Parte 1: Modelo de informação**

*Health informatics — Discharge Summary for continuity of care
Part 1: Information model*



Esta Norma se aplica a todas as partes interessadas no processo de continuidade da assistência do paciente, incluindo:

- a) hospitais e departamentos de saúde em processo de planejamento, implementação ou atualização de sistemas de sumário de alta;
- b) fornecedores de software que estejam desenvolvendo sistemas que incluem sumário de alta;
- c) administradores, gerentes e formuladores de políticas;
- d) especialistas clínicos;
- e) gestores de informação em saúde, equipes de TI e suporte, integradores de sistemas;
- f) leitores técnicos e não-técnicos.

Resolução nº 33, republicada em 22 de março de 2018 (em vigor a partir de 26/03/2018), transcrevemos parte:

Considerando a pactuação ocorrida na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no dia 26 de outubro de 2017, resolve:

Art. 1º Ficam instituídos os seguintes documentos clínicos: **Sumário de Alta** e Registro de Atendimento Clínico. Os conteúdos e as estruturas das informações que compõem os referidos documentos clínicos estão descritos nos modelos de informação constantes nos anexos desta resolução.

Art. 3º Fica definido que esta norma é de adoção obrigatória em todo o sistema de saúde do País, abrangendo as pessoas físicas ou jurídicas que realizem atenção à saúde nas esferas pública, suplementar e privada.

O padrão de documentos obrigatórios em anexo Sumário de Alta (anexo A) e Registro de Atendimento Clínico (anexo B).

Modelo de informação do sumário de alta

1 [1..1] Identificação do indivíduo

2 [0..1] Identificação pelo Cartão Nacional de Saúde

3 [1..1] Cartão Nacional de Saúde (CNS) Número do CNS

2 [0..1] Identificação por dados demográficos

3 [1..1] Nome completo Texto livre

3 [1..1] Nome completo da mãe Texto livre

3 [1..1] Data de nascimento (conforme ISO 8601)

3 [1..1] Município de Nascimento – terminologia IBGE se nascido no Brasil

- 1 [1..1] Procedimento(s) realizado(s) ou solicitado (s)
- 2 [1..1] Terminologia que descreve o procedimento Identificador único do Objeto
- 2 [1..1] Nome e versão da terminologia que descreve o procedimento Texto livre
- 2 [1..N] Procedimentos
- 3 [1..1] Procedimento Texto codificado por terminologia externa
- 3 [1..1] Tipo de procedimento Texto codificado: Cirúrgico; Diagnóstico; Terapêutico
- 3 [1..1] Status do procedimento Texto codificado: Concluído; Suspenso; Solicitado
- 3 [0..1] Resultado ou observações do procedimento Texto livre
- 1 [1..1] Resumo da evolução clínica do indivíduo durante a internação
- 2 [1..1] Descrição da evolução clínica do indivíduo durante a internação Texto livre

Sumário de Alta - Objetivo

- Garantir que um conjunto mínimo de informações clínicas padronizadas possa ser encaminhado e processado para múltiplos sistemas de informação em saúde, apoiando a comunicação entre os diversos níveis de atenção e subsidiando a continuidade do cuidado do indivíduo;
- Melhorar a qualidade da atenção em saúde e a segurança do paciente;
- Contribuir para reduzir o número de intervenções/reinternações evitáveis;
- Facilitar a coleta, agregação, tratamento e análise de dados para tomada de decisão e produção de conhecimento.

Sumário de Alta – Quem deve preenche-lo?

É vedado ao Médico: (Novo Código de Ética Médica – Maio 2019)

Art. 87 Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

§ 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.

§ 3º Cabe ao médico assistente ou a seu substituto elaborar e entregar o sumário de alta ao paciente ou, na sua impossibilidade, ao seu representante legal.

Obrigado

wmuller@saude.sp.gov.br