



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

PARECER N.º 2915/2024 – CRM-PR

ASSUNTO: RETIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIO MÉDICO (COMO FAZER)

PARECERISTA: Cons.^a MARIA CASEMIRA FERNANDES DA SILVA

EMENTA: Retificação de Prontuário Médico – Como elaborar a errata – Responsabilidade do médico que insere as informações na errata.

CONSULTA

Em e-mail encaminhado a este Conselho Regional de Medicina, a Sr.^a XX formula consulta com o seguinte teor:

Conforme conversado previamente por telefone com o departamento jurídico do CRM/PR, acerca de uma dúvida sobre a retificação de prontuário médico, gostaria de saber qual é o procedimento que deve ser adotado pelo paciente a fim de solicitar a retificação de prontuário médico quando este estiver com informação divergente daquela prestada em consulta. Saliento que diversos conselhos espalhados pelo país possuem parecer acerca do assunto informando que é cabível a retificação do prontuário através de uma errata elaborada por uma comissão de revisão de prontuários, quando estes estiverem em via física, conforme é possível consultar no parecer do CREMESB n.º 10/20. Entretanto, não encontrei parecer sobre o tema emitido pelo CRM/PR. Aguardo uma posição sobre o assunto. Obrigada desde já.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

De acordo com a pesquisa “História do Prontuário Médico: Evolução do Prontuário Médico Tradicional ao Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP”:

A necessidade da existência de um documento no qual as informações relativas ao histórico de saúde do indivíduo fossem registradas não é recente. A palavra prontuário origina-se do latim “promptuarium” e significa “lugar onde são guardadas coisas de que se pode precisar a qualquer momento” ou “manual de informações úteis” ou ainda “ficha que contém os dados pertinentes de uma pessoa” (Houaiss, 2009).

O prontuário é um documento de extrema relevância no atendimento à saúde do paciente, que dispõe da informação fundamental e imprescindível para assegurar a continuidade do tratamento prestado a ele (Santos; Damian, 2017, p. 4).



Considera-se importante relatar um pouco da história do Prontuário Médico Tradicional (PMT), traçando uma linha do tempo até os dias atuais.

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.

A historicidade dos registros envolvendo processos de adoecimento remonta à Idade Antiga. 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 4.500 a.C.

Em 3.000 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.

Não obstante, o papiro de Edwin Smith, um dos documentos mais antigos (3.000 a.C.), atribuído ao médico egípcio Imhotep, possui a descrição de 48 casos cirúrgicos, sendo considerado por alguns a pré-história da clínica.

A figura de Hipócrates também deve ser lembrada nesse 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.

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.

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”).

Em 1880, a maioria dos médicos efetuava seus registros no modelo cronológico (“time-oriented medical record”), sendo comum nos hospitais um prontuário por médico. 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, 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).



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

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.

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.

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.

Em 1920, na Clínica Mayo, houve 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.

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 a essa demanda, de modo efetivo, 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.

Diante do exposto, percebe-se que o desenvolvimento histórico do prontuário está imbricado no desenvolvimento da medicina e na evolução da instituição hospitalar.

O Código de Ética Médica, em seu Capítulo I (Princípios Fundamentais), cita que:

I - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza;

II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

O Código de Ética Médica, em relação às normas deontológicas, proíbe ao médico, entre outras vedações:

Art. 80. *Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.*



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

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.

Considerando a Resolução CFM n.º 1.638/2002

A Resolução CFM n.º 1.638/2002 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. 2º - Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

- I. Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;
- II. À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;
- III. À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art. 3º - Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 4º - A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

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);



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

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 obrigatórios 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.

l. 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.

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

Considerando a Consulta CREMESP n.º 62.659/1998

O Parecer do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, de lavra do Conselheiro Luiz Fernando Carneiro, que versa sobre o tema, sendo transcrito abaixo:

Os consulentes Drs. G.S. e E.J.T., solicitam parecer do CREMESP sobre prazo permitido para completar os itens do prontuário do paciente ao se constatar sua falta após alta.

1- Qual a melhor forma de sanar estas faltas?

2- Preencher os impressos “a posteriori” destacando-se na ressalva a data da correção? Fazer relatório anexo ao prontuário?

Parecer:

Com relação ao prazo permitido para completar itens do prontuário do paciente, cabe-nos esclarecer que tal situação não está prevista no Código de Ética Médica, uma vez que ao médico cabe preencher o respectivo prontuário imediatamente após o ato realizado.

No entanto, a política: correção de erros ou emissões no prontuário do paciente, sugeridos pode ser implementada, vindo a atender eventuais falhas do preenchimento destes prontuários.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

Na conclusão do parecer:

Respondendo a este caso concreto, dentro do que temos em relação ao assunto, fica claro que a correção do prontuário posteriormente ao fato é algo possível, mas necessita de uma maior discussão.

A existência por si só de uma revisão de prontuários nas instituições já contempla isso. Entendo que a melhor maneira seria não substituir uma parte já preenchida do prontuário, mas, sim, anexar a ele uma folha que indique as correções, datada e assinada, bem como justificativa para tal.

Acredito que tal medida possa tornar o ato da correção mais transparente, sem que o prontuário sofra algum tipo de adulteração.

É importante ressaltar que a alteração do prontuário deve sempre ser feita em benefício do paciente, para que o prontuário seja completo e compatível com os dados reais de identificação, achados do exame físico, exames complementares e conduta profissional, visando ao tratamento e ao acompanhamento adequados do paciente, por toda a equipe de saúde que vier a atendê-lo.

A alteração jamais pode ser feita para omitir dados ou inserir informações falsas, por exemplo, com intuito de criar vantagens financeiras para o profissional ou para o hospital, ou para acobertar erro médico.

Tal conduta configuraria crime de falsidade ideológica (formação de documento cuja materialidade seja perfeita, mas com conteúdo falso), tipificado no artigo 299 do Código Penal:

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Considerando o Parecer CREMEB n.º 10/2020

(...) os prontuários hospitalares ou de serviços ambulatoriais, públicos ou privados, a correção pode e deve ser feita, sempre no intuito de corrigir erros materiais ou inserir dados relevantes que porventura não tenham sido registrados no momento adequado.

Vale ressaltar, mais uma vez, que o médico é responsável pela elaboração do prontuário para registro de todo e qualquer atendimento que venha a prestar a um paciente, documento que deve ser produzido com zelo, completude e correção no momento do atendimento.



Respondendo mais diretamente à consulente, nos prontuários de papel, a letra do profissional deve ser legível e não deve haver rasuras. Quando necessária, a retificação pode ser feita através de uma errata, que deverá ser anexada ao prontuário, na qual deve constar a data da retificação, os dados corretos a serem inseridos ou retificados, sem rasuras, e uma pequena justificativa para a alteração das informações (exemplo: erro material ao escrever os números de determinado resultado; troca de fichas de atendimento; complementação de dados a pedido da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos; etc.). Destaca-se que responde pela veracidade das informações quem subscreve a retificação.

A errata deve ser encaminhada à Comissão de Revisão de Prontuários, que deverá validá-la. A Comissão decidirá sobre a necessidade de direcionar a errata também ao Diretor Técnico e/ou ao Diretor Clínico, para que estes tenham ciência dos fatos envolvidos na retificação e procedam com as providências que forem cabíveis, do ponto de vista ético e administrativo, para evitar a repetição dos mesmos erros e garantir a melhora constante da qualidade dos registros médicos.

Do mesmo modo, a Comissão de Revisão de Prontuários, no uso de suas atribuições, quando constatar inconformidades nos prontuários que forem objeto de sua análise, deve registrar, no próprio prontuário, encaminhamento ao profissional responsável pelo registro, solicitando sua correção ou complementação, com a justificativa pertinente.

CONCLUSÃO

Considerando o artigo 87 do Código de Ética Médica, que estabelece no § 1º que “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”, conforme a solicitação sobre o procedimento a ser adotado pelo paciente a fim de realizar a retificação de prontuário médico, orientamos o que se segue:

1. O médico é responsável pela elaboração do prontuário e nele deve registrar todo e qualquer atendimento que tenha prestado a um paciente, e as informações nele inseridas devem demonstrar de forma clara e completa todas as suas observações acerca daquele atendimento ao paciente.
2. Quando realizado em prontuários de papel (meio físico), a letra do profissional deve ser legível e não deve conter rasuras.
3. Se houver necessidade de correção, a retificação pode ser feita por meio de uma errata, que deverá ser anexada ao prontuário, na qual deverá constar:
 - A data da retificação;



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

- Os dados corretos a serem inseridos ou retificados, sem rasuras;
- Justificativa para a alteração das informações (exemplo: erro material ao escrever os números de determinado resultado; troca de fichas de atendimento; complementação de dados a pedido da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos; etc.);
- A errata deve ser encaminhada à Comissão de Revisão de Prontuários, que deverá validá-la.

Observação: destaca-se que responde pela veracidade das informações quem subscrever a retificação, e a alteração jamais poderá ser feita para omitir dados ou inserir informações falsas, por exemplo, com a finalidade de criar vantagens financeiras para o profissional ou para o hospital, ou para acobertar erro médico.

É importante ressaltar que a alteração do prontuário deve sempre ser feita em benefício do paciente, para que o prontuário seja completo e compatível com os dados reais de identificação, achados do exame físico, exames complementares e conduta profissional, visando ao tratamento e ao acompanhamento adequados do paciente, por toda a equipe de saúde que vier a atendê-lo.

4. A Comissão de Revisão de Prontuários decidirá sobre a necessidade de encaminhar a errata também ao Diretor Técnico e/ou ao Diretor Clínico, para que estes tenham ciência dos fatos envolvidos na retificação e procedam com as providências que forem cabíveis, do ponto de vista ético e administrativo, para evitar a repetição dos mesmos erros e garantir a melhora constante da qualidade dos registros médicos.

5. Ademais, a Comissão de Revisão de Prontuários, no uso de suas atribuições, quando constatar inconformidades nos prontuários que forem objeto de sua análise, deverá registrar, no próprio prontuário, encaminhamento ao profissional responsável pelo registro, solicitando sua correção ou complementação, com a justificativa pertinente.

É o parecer, s.m.j.

Curitiba, 2 de setembro de 2024.

Cons.^a Maria Casemira Fernandes da Silva

Parecerista

Aprovado e Homologado na Sessão Plenária n.º 6747, de 02/09/2024.



Referências Bibliográficas

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>.

Código Penal, artigo 299.

Consulta CREMESP n.º 62.659/1998.

História do Prontuário Médico: Evolução do Prontuário Médico Tradicional ao Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP. Research, Society and Development, v. 10, n. 9, e28510918031, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18031>.

Parecer CREMEB n.º 10/2020.

Parecer CRM-PR n.º 2.065/2009.

Resolução CFM n.º 1.638/2002 (Publicada no DOU, de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5).

Resolução CFM n.º 2.217/2018 (Código de Ética Médica).