

CÂNCER DE COLO UTERINO – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PREENCHIMENTO DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS EM UM CENTRO DE ONCOLOGIA. PERNAMBUCO, BRASIL.

CERVICAL CANCER – ASSESSMENT OF QUALITY OF FILLING RECORDS AT AN ONCOLOGICAL CENTER. PERNAMBUCO, BRAZIL.

Autores: Thaís Rose Silva Ferreira¹, Caroline Fernanda Vidal de Carvalho², Layris Ravel Agostinho Bezerra³, Candice Amorim de Araújo Lima Santos⁴, Ariani Impiere de Souza⁵ e Suely Arruda Vidal⁶.

¹⁻³ Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Av. Jean Emile Favre, 422 Imbiribeira. Recife, PE, Brasil. CEP: 51.200-060.

⁴⁻⁶ Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Rua dos Coelhos, 300. Boa Vista. Recife, PE, Brasil. CEP: 50.070-550.

Autor para correspondência:

Suely Arruda Vidal
Rua Francisco da Cunha, 1910/apto 102, bl B.
Boa Viagem. CEP – 51020-041
Telefone: (81)988251279
Email: suelyav@gmail.com

Fontes de auxílio: CNPq - Bolsa auxílio de iniciação científica.

Resumo

Objetivo: Avaliar a qualidade de preenchimento dos prontuários médicos de pacientes com câncer de colo de útero assistidas no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Pernambuco, nos anos de 2010 e 2011.

Métodos: Estudo descritivo de corte transversal analisando os itens do primeiro atendimento nos prontuários, tanto ambulatorial como de internação. Elaborou-se um questionário contendo variáveis agrupadas em blocos, sociodemográficos, anamnese, exame físico, hipótese diagnóstica, conduta, internamento, identificação do profissional de saúde e fichas destinadas ao preenchimento da equipe multiprofissional. Utilizou-se o critério de Romero & Cunha para classificação do grau de completitude dos sistemas de informação: excelente (<10% de sub-registro), bom (10% a 20%), regular (21% a 30%), ruim (31% a 50%) e muito ruim (> 50%).

Resultados: Foram analisados 126 prontuários no período, os itens classificados com excelente completitude foram: identificação do profissional (0,8), evolução clínica (6,3%) e parecer da psicologia (7,1%). E muito ruim, os blocos sociodemográficos (99,2%), anamnese (97,6%), exame físico (70,6%) e internamento (87,8% de ausência de registros).

Conclusão: Os prontuários avaliados têm baixa qualidade de preenchimento, o que lhes confere utilidade limitada. Há necessidade de medidas técnicas e operacionais visando melhoria desse registro e conseqüentemente do cuidado prestado.

Palavras-chave: Avaliação. Registros Médicos. Melhoria de Qualidade. Neoplasias do Colo do Útero.

Abstract

Objective: To evaluate the quality of the completion of the medical records of patients with cervical cancer assisted at the Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Pernambuco, in 2010 and 2011.

Methods: A cross-sectional study was carried out in order to analyze the filling of all the items on the medical records during the first consultation, both for ambulatory and hospitalized patients. A questionnaire was elaborated with variables divided in blocks: sociodemographics data, anamnesis, physical examination, diagnostics, treatment plan, professional identification, clinical follow up and multidisciplinary team register. Romero & Cunha's standard on classification of information systems completeness was applied: excellent (<10% no-register), good (10% - 20%), regular (21% - 30%), bad (31% - 50%) and very bad (> 50%).

Results: 126 medical records were analyzed in the period, the items with excellent completeness classification were: professional identification (0.8%), clinical follow up (6.3%) and psychologist opinion (7.1%), and very bad classification: the sociodemographic data (99.2%), medical history (97.6%), clinical examination (70.6%) and inpatient forms (87.8% no register).

Conclusion: Medical records analyzed presented a low quality in their completion, which gives them a very limited usefulness. Technical and operational actions shall be necessary in order to improve the quality of the records and, therefore, of the medical care provided.

Keywords: Evaluation. Medical Records. Quality Improvement. Uterine Cervical Neoplasms.

Introdução

O câncer do colo de útero (CCU) é um importante problema de saúde pública, tratando-se do quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, com 527 mil casos novos, segundo as estimativas mundiais para o ano de 2012. No Brasil, para o ano de 2014, são esperados 15.590 casos novos, com um risco estimado de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres. Desconsiderando os tumores de pele não melanoma, o CCU é o segundo mais frequente na região Nordeste (18,79/100 mil), com estimativas para o ano de 2014 em Pernambuco de 20,47 novos casos para 100 mil mulheres. Em Recife, as estimativas mostraram uma taxa bruta de 20,43 novos casos para 100 mil mulheres no mesmo ano.¹

O CCU é um dos tumores com maior potencial de prevenção e cura, se diagnosticado de forma precoce. O principal método de rastreamento é o exame citopatológico, também conhecido como Papanicolau, o qual é recomendado para mulheres sexualmente ativas a partir dos 25 anos de idade, seguindo os exames até os 64 anos.¹⁻³

Foi realizado um estudo para traçar o perfil dos pacientes oncológicos que procuraram o serviço de emergência em um hospital de referência em Pernambuco, Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), sendo observado que dos 191 casos atendidos no período de setembro a dezembro de 2011, metade tinha idade acima de 60 anos e queixa de dor e quase 20% eram mulheres com CCU. Os autores relataram a dificuldade de seguimento dos casos nesta instância de atendimento pela ausência de registros nos prontuários e pela falta de um sistema integrado de informação ambulatorial, emergencial e hospitalar.⁴

O prontuário do paciente, mais comumente denominado prontuário médico, é definido pelo Conselho Federal de Medicina na Resolução nº1638/2002, em seu artigo 1º, como “documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e 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”.⁵ Portanto, a elaboração do prontuário deve ser bem qualificada, visando a adequada compreensão das informações nele contidas, a não omissão de dados e, conseqüentemente, evitar danos ao paciente.^{6,7}

A relevância desta pesquisa se baseia na necessidade de uma adequada avaliação do preenchimento e elaboração dos prontuários médicos, especialmente para o setor de oncologia no IMIP, para que, desta forma, por meio da identificação de eventuais omissões de registros, os profissionais de saúde possam melhorar a qualidade da assistência prestada aos seus pacientes.

O objetivo geral desse estudo é avaliar a qualidade do preenchimento dos prontuários das pacientes com CCU cadastradas e assistidas no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Pernambuco, durante os anos de 2010 e 2011.

Métodos

Estudo descritivo de corte transversal realizado a partir dos prontuários de pacientes cadastradas e assistidas no setor de oncologia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) no período entre 2010 e 2011.

O IMIP é um hospital terciário voltado à assistência, ensino e pesquisa, atendendo exclusivamente aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Está cadastrado como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) na rede de atenção do Estado de Pernambuco, dispendo de 32 leitos oncológicos e mais 14 leitos de cuidados paliativos e taxa média anual de 96% de ocupação hospitalar. Possui cerca de 4500 pacientes oncológicos cadastrados, sendo admitidos cerca de 1000 pacientes novos por ano, número que se encontra em tratamento oncológico mensal, através de quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia.

Foi obtida uma lista de 259 prontuários médicos de pacientes portadoras de CCU cadastradas e assistidas no IMIP durante o período supracitado, sendo excluídos aqueles cujas pacientes estavam em acompanhamento em outro serviço ou que no IMIP fizeram apenas um procedimento específico, ou realizaram uma única consulta sem retorno, ou ainda, que foram hospitalizadas e faleceram com permanência inferior a 48 horas.

Construiu-se um formulário estruturado para a coleta das variáveis de interesse, agrupadas em blocos como dados sociodemográficos, anamnese, exame físico, hipótese diagnóstica, conduta, internamento, identificação do profissional de saúde e fichas destinadas ao preenchimento da equipe multiprofissional. O padrão de referência foi o modelo elaborado pela Comissão de Revisão de Prontuários do IMIP – Manual de Preenchimento e Organização dos Prontuários – disponibilizado em meio eletrônico no sistema interno da instituição.⁸

Dentro desse conjunto, houve alguns componentes que não se adequavam a todos os pacientes, sendo coletados e analisados de acordo com sua necessidade em cada caso, a exemplo de parecer de especialistas, internamento e cirurgia. As variáveis foram classificadas em categóricas nominais, algumas dicotômicas (sim/não) e outras policotômicas registradas como “presente completo”, “presente incompleto” ou

“ausente”, e foram analisadas isoladamente e em blocos, nestes, definiu-se como “presente incompleto” a ausência de registro de um ou mais de seus itens constituintes.

Os dados foram organizados e codificados para a inserção no banco de dados gerado no programa estatístico Epi-Info versão 3.5.4. Após dupla digitação, fez-se a validação e as correções, obtendo-se a versão definitiva. A análise foi feita mediante tabela de distribuição de frequência simples e assim os resultados foram apresentados.

Utilizou-se, para fins de comparação, o escore de incompletude da informação, desenvolvido por Romero & Cunha, para avaliar a qualidade dos Sistemas de Informação em Saúde. Segundo os autores, esta é medida pela proporção de informação ignorada no preenchimento de determinada variável e adotam os seguintes graus de classificação quanto à *completitude* de acordo com o sub-registro: excelente (menor que 10%), bom (10% - 20%), regular (21% - 30%), ruim (31% - 50%) e muito ruim (mais de 50% de ausência de informação).^{9,10} Para esta classificação, no nosso estudo foi considerada falha no registro das variáveis tanto o preenchimento incompleto quanto a sua ausência.

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira sob o nº 4292-14, obedecendo à Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, que autorizou a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Com base nos critérios de inclusão e exclusão, 126 (48,65%) dos 259 prontuários médicos listados constituíram a amostra do estudo, do total, quinze prontuários foram considerados perda de seguimento, outros 15 estavam no setor da

Radioterapia e o restante não houve tempo suficiente para resgate no Serviço de Arquivo Médico (SAME) para coleta dos dados.

Dos 126 prontuários analisados, apenas a variável correspondente ao parecer da fonoaudiologia, solicitado em somente dois casos, obteve preenchimento completo. No restante dos dados, aquela que menos apresentou falha em seu preenchimento foi a variável *identificação do profissional* (0,8%).

De acordo com o bloco analisado, observam-se os percentuais relacionados à ausência de informação e à sua presença incompleta nas Tabelas 1, 2 e 3, com destaque para os itens com menor e maior sub-registro, respectivamente: a) Dados sociodemográficos: *idade* (11,9%) e *renda* (99,2%); b) Anamnese: *data* (7,1%) e *condições de vida* (97,6%); c) Exame físico: *tensão arterial* (60,3%) e *IMC e temperatura* (97,6%); d) Hipótese diagnóstica: *principal* (10,3%) e *secundária* (46,7%); e) Conduta: *exames* (5,9%) e *medicamentos* (25,0%); f) Internamento: *registro do procedimento* (1,3%) e *sumário de admissão e resumo de alta* (63,5%).

Analisando-se por blocos, obteve-se excelente completude de preenchimento para: *identificação profissional*, cujo percentual de ausência de informação foi apenas 0,8%, seguida de *evolução clínica* (6,3%), entre outros. Com relação à *hipótese diagnóstica*, *conduta*, *parecer de especialistas* e *registro das medicações/hemoterapia* classificou-se como bom a regular (Tabela 4).

A tabela 4 ainda expõe a classificação muito ruim dos blocos, onde se destacam *dados sociodemográficos* (99,2%) e *anamnese* (97,6%).

Discussão

O prontuário médico é um documento de grande importância tanto para o paciente quanto para a instituição, que é seu guardião, e seus profissionais. Deve ser preenchido de forma adequada, registrando desde os dados sociodemográficos e a história pregressa do paciente até o tratamento da doença atual, internamento e programação de alta, quando necessários. Trata-se de um objeto de valor informativo para a equipe multiprofissional e de grande utilidade para o ensino e pesquisa, processos jurídicos, auditorias e análise de contas médicas.^{6,7,11}

Nesse estudo mostrou-se uma completitude muito ruim para o preenchimento da categoria dos dados sociodemográficos, o que pode ser observado pela ausência das variáveis (*renda e religião*) nos itens obrigatórios da ficha preenchida na primeira consulta do paciente de alguns setores da instituição. Poderia se perguntar se de fato estas informações são essenciais para os cuidados com o paciente. Ao que podemos pensar que, especialmente nos casos de diagnóstico oncológico, essa informação é necessária para avaliar o quanto este paciente pode assumir em termos financeiros com transporte, alimentação, entre outras eventuais despesas, e para se pensar em benefício social para tratamento da doença. Quanto à religião, este é um assunto que cada vez mais vem sendo estudado em relação à sua influência na saúde dos pacientes, na aceitação da doença e na redução do estresse e conforto diante da possibilidade de morte.¹²

Quando comparamos separadamente as variáveis constituintes deste bloco com os resultados obtidos em outro estudo,¹¹ vimos que no nosso há um percentual maior de sub-registro com relação à *idade*, esta talvez porque tenha a data de nascimento na etiqueta de identificação do sistema eletrônico de cadastramento do IMIP e *raça/cor*. Enquanto que a variável *profissão/ocupação* obteve melhor resultado do que o apresentado por Batista *et al*, avaliando os prontuários de pacientes de fisioterapia em

Manaus, nos quais encontrou 76,2% de ausência desse registro.¹³ Importante ressaltar que esses dados são de grande valor para a formação do perfil dos pacientes oncológicos e útil para a avaliação epidemiológica.

Outras categorias que apresentaram grau de preenchimento muito ruim foram a *anamnese*, o *exame físico* e o *internamento*, o que é preocupante devido à ausência de informações tão essenciais para a construção de um raciocínio clínico e para que se possa dar sequência ao seguimento do paciente. A anamnese apresentou maior sub-registro do que o observado nos resultados de outros estudos, os quais mostraram ser menor que 75%.^{6,11,13} No bloco *exame físico*, aquela que apresentou melhor completitude foi *tensão arterial*, condizendo com o encontrado na literatura.¹⁴

A *identificação do profissional* mostrou um percentual bem menor do que o observado por De Souza *et al.*, em estudo sobre o preenchimento de prontuários em Goiânia, segundo parâmetros da acreditação hospitalar, no qual 48% dos médicos não se identificaram de forma adequada.¹¹

Entre as variáveis, a *evolução clínica* classificou-se como excelente, com apenas 6,3% de subregistro, concordando com os dados já existentes.⁶ Quando analisamos a *evolução da enfermagem*, obtivemos uma completitude regular (30,4%), resultado melhor do que o mostrado no estudo feito com os registros de enfermagem em um hospital privado de Recife, no qual em 79% dos prontuários faltavam a informação do autor, data e/ou hora nas anotações.¹⁵

A análise de registro de prontuários tem também a função de avaliar a qualidade da assistência oferecida ao paciente. Atualmente, vem se tentando uma forma de melhorar essa qualidade por meio do uso do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), que tem como principais vantagens o acesso rápido ao seu histórico, a redução no tempo de atendimento, a melhoria no controle e no planejamento hospitalar e a padronização

de dados, melhorando a adesão aos protocolos clínicos e assistenciais.¹⁵⁻¹⁸ Entretanto, ainda há resistência de alguns profissionais, assim como impedimentos financeiros e éticos, por isso, grande parte dos hospitais de ensino no Brasil ainda não está informatizada.¹⁹

Uma limitação deste estudo foi a amostra ter sido de conveniência realizada em apenas uma instituição e o seu número reduzido, assim como o curto espaço de tempo em que foi realizada a coleta de dados, além da dificuldade em obter alguns prontuários, já que em muitos casos a paciente continuava em seguimento, ou hospitalizada para tratamento de recidiva ou metástase.

Muitas foram as dificuldades na obtenção dos dados, inicialmente na identificação dos prontuários de pacientes portadoras de CCU, visto que o sistema de informática não registra o número do CID (Código Internacional de Doenças) e o SAME é único para todo o hospital, sem diferenciação entre as clínicas. Para isso, se recorreu a uma listagem preparada pela administração da Oncologia, porém, os anos de interesse do estudo 2010 e 2011 ainda não estavam completos, sendo finalizada ao longo da coleta. Verificou-se também que há diferentes modelos de prontuários, de acordo com a subespecialidade, mas mesmo depois da paciente ser hospitalizada para cirurgia de maior porte, muitos formulários não eram preenchidos adequadamente.

Através dessa pesquisa percebeu-se que o preenchimento dos prontuários avaliados é de baixa qualidade, o que lhes dá utilidade limitada. Há a necessidade de medidas técnicas e operacionais visando a melhoria desse registro e conseqüentemente do cuidado prestado.

Agradecimentos

A nossa orientadora que nos ajudou a construir um trabalho com competência e dedicação, superando os desafios que surgiram no decorrer desse estudo. Aos profissionais do arquivo de prontuários médicos, agradecemos pela disponibilidade.

Referências

1. INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde [documento *on line*]. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014 [acesso em 31 jul 2015]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24012014.pdf>.
2. Zimmer AS, Rosa DD. Câncer de colo uterino. Rev Bras Oncologia Clínica. 2007; 4: 27-31.
3. INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde [documento *on line*]. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011 [acesso em 31 jul 2015]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf.
4. Miranda B. Perfil clínico e sociodemográfico de pacientes oncológicos atendidos em serviço de emergência de um centro de alta complexidade: cobertura da oferta de cuidados paliativos e assistência domiciliar [dissertação]. Recife: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira; 2014.
5. 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.

6. Pavão ALB, Andrade D, Mendes W, Martins M, Travassos C. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. *Rev Bras Epidemiol.* 2011; 14: 651-61.
7. Silva FG, Tavares-Neto J. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. *Rev Bras Educ Med.* 2007; 31: 113-26.
8. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira [documento *on line*]. Manual de Preenchimento e Organização dos Prontuários. Recife: IMIP, 2014 [acesso em 31 jul 2015]. Disponível em: http://www.informazione3.com.br:8080/cms/opencms/imip/pt/arquivos/noticia/Folder_Siglariox5b1x5d.pdf
9. 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.
10. 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.
11. De Souza EC, Tonini L, Pinheiro D. Avaliação da qualidade do preenchimento dos prontuários em um hospital de Goiânia, segundo os parâmetros da acreditação hospitalar. *Revista ACRED.* 2014; 4: 66-87.
12. Fornazari AS, Ferreira RR. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psic.: Teor. e Pesq.* [periódico *on line*]. 2010 [acesso em 09 ago 2015]. 26: 265-72. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000200008>.

13. Batista FC, Barbosa MGV, Garnelo L. Avaliação da qualidade de registro em prontuário de pacientes de fisioterapia em um hospital de Manaus – AM. *Ter Man.* 2013; 11: 333-40.
14. Barrios CH, Silva VL, Pinheiro RF, De Oliveira RL, Gasnier R. Avaliação do registro do exame físico realizado por doutorandos e residentes no Serviço de Medicina Interna do Hospital São Lucas – PUCRS. *Scientia Medica.* 2005; 15: 156-62.
15. Moraes CGX, Batista SEM, Castro JFL, De Assunção SS, Castro GMO. Registros de enfermagem em prontuário e suas implicações na qualidade assistencial segundo os padrões de acreditação hospitalar: um novo olhar da auditoria. *Revista ACRED.* 2015; 5: 64-84.
16. Canêo PK, Rondina JM. Prontuário Eletrônico do Paciente: conhecendo as experiências de sua implantação. *J Health Inform.* 2014; 6: 67-71.
17. Conselho Federal de Medicina. Sociedade Brasileira de Informática em Saúde [documento *on line*]. Cartilha sobre Prontuário Eletrônico: A Certificação de Sistemas de Registro Eletrônico de Saúde. 2012 [acesso em 09 ago 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/crmdigital/Cartilha_SBIS_CFM_Prontuario_Eletronico_fev_2012.pdf
18. Weissman JS, Schneider EC, Weingart SN, Epstein AM, David-Kasdan J, Feibelman 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.
19. 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.

20. Silva FG, Tavares-Neto J. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. Rev Bras Educ Med. 2007; 31: 113-26.

Tabela 1. Distribuição percentual do sub-registro de dados sociodemográficos no prontuário das pacientes com câncer de colo de útero (IMIP, 2010 -11)

Variáveis	Presente Incompleto*		Ausente	
	n	%	n	%
Dados sociodemográficos	113	89,7	12	9,5
• Idade	-	-	15	11,9
• Estado marital	-	-	46	36,5
• Número de filhos	-	-	32	25,4
• Raça/cor	-	-	57	45,2
• Profissão /ocupação	-	-	50	39,7
• Religião	-	-	115	91,3
• Renda	-	-	125	99,2

* Nota: Para classificação do bloco como *presente incompleto*, considerou-se a ausência de registro em um ou mais dos itens constituintes do mesmo.

Tabela 2. Distribuição percentual do sub-registro das variáveis da anamnese, exame clínico, hipótese diagnóstica, conduta, identificação profissional e evolução médica nos prontuários das pacientes com câncer de colo de útero (IMIP, 2010 -11)

Variáveis	Presente Incompleto [§]		Ausente	
	n	%	n	%
Anamnese	84	66,7	5	4,0
• Data	2	1,6	7	5,6
• QPD	53	42,1	12	9,5
• HDA	43	34,1	18	14,3
• IS	-	-	38	30,2
• AP	-	-	32	25,4
• AF	-	-	39	31,0
• Hábitos de Vida	-	-	36	28,6
• Condições de Vida	-	-	123	97,6
Exame Físico	111	88,1	12	9,5
• Peso	-	-	92	73,0
• TA	-	-	76	60,3
• Altura	-	-	112	88,9
• IMC	-	-	123	97,6
• Temperatura	-	-	123	97,6
• FC	-	-	98	77,8
• FR	-	-	103	81,7
• Exame Segmentar	84	66,7	14	11,1
HD	23	18,3	13	10,3
• HD principal	-	-	13	10,3
• HD secundária*	-	-	36	46,7
Conduta	18	14,3	-	-
• Exames*	-	-	7	5,9
• Medicamentos*	-	-	14	25,0
• Parecer*	-	-	14	18,4
• Encaminhamentos*	-	-	10	12,3
Identificação do Profissional	-	-	1	0,8
Evolução clínica	-	-	8	6,3

§ Nota¹: Para classificar o bloco como *presente incompleto* considerou-se a ausência de registro de uma ou mais itens constituintes do mesmo.

* Nota²: Estas variáveis não se adequaram a todos os pacientes, dependendo da necessidade individual de cada caso.

Tabela 3. Distribuição percentual do sub-registro das variáveis exclusivas do internamento, da equipe multiprofissional e horário de medicamentos nos prontuários das pacientes com câncer de colo de útero (IMIP, 2010-11).

Variáveis	Presente Incompleto [§]		Ausente	
	N	%	n	%
Exclusivo para Internamento*	95	82,6	6	5,2
• Sumário de Admissão*	-	-	73	63,5
• Resumo de Alta*	-	-	73	63,5
• Folha de Anestesia*	-	-	34	44,7
• Folha de Cirurgia*	-	-	5	6,5
• Parecer*	-	-	34	34,0
• Registro do Procedimento*	-	-	1	1,3
• Evolução da Enfermagem	24	20,8	11	9,5
Equipe Multiprofissional				
• Fisioterapia*	-	-	3	30,0
• Serviço Social*	-	-	2	28,5
• Psicologia*	-	-	1	7,1
• Fonoaudiologia*	-	-	0	-
• Nutrição*	-	-	7	58,3
Horário de medicamentos/	-	-	27	27,0
Hemoterapia*				

§ Nota¹: Para classificar o bloco como *presente incompleto* considerou-se a ausência de registro de uma ou mais das variáveis constituintes do mesmo.

* Nota²: Estas variáveis não se adequaram a todos os pacientes, dependendo da necessidade individual de cada caso.

Tabela 4. Classificação das variáveis segundo o grau de incompletude do preenchimento nos prontuários de pacientes com câncer de colo de útero (IMIP, 2010-11)

Variáveis	Excelente (< 10%)	Bom (10-20%)	Regular (21-30%)	Ruim (31-50%)	Muito ruim (> 50%)
Dados sociodemográficos	-	-	-	-	99,2
Anamnese	-	-	-	-	97,6
Exame Físico	-	-	-	-	70,6
HD	-	-	28,6	-	-
Conduta	-	14,3	-	-	-
Identificação Profissional	0,8	-	-	-	-
Evolução Clínica	6,3	-	-	-	-
Internamento	-	-	-	-	87,8
Equipe Multiprofissional					
• Fisioterapia	-	-	30,0	-	-
• Serviço Social	-	-	28,5	-	-
• Psicologia	7,1	-	-	-	-
• Nutrição	-	-	-	-	58,3
Horário medicamentos/ hemoterapia	-	-	27,0	-	-

* Nota: Para esta classificação, considerou-se como falha de preenchimento tanto os registros incompletos como sua ausência, chegando ao percentual a partir da somatória destes.