

O TERMO PRONTUÁRIO DO PACIENTE NO DOMÍNIO DA SAÚDE

THE TERM PATIENT RECORD IN THE HEALTH DOMAIN

EL TÉRMINO HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE EN EL CAMPO DE LA SALUD

Dra. Maria Cristiane Barbosa Galvão

mgalvao@usp.br

<http://lattes.cnpq.br/9163421021115381>

<https://orcid.org/0000-0003-3971-5743>

Doutora em Comunicação pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Ciência da Informação pela Universidade de Brasília (UnB). Bacharela em Biblioteca e Documentação pela USP. Professora titular do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP e do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Dr. Ivan Luiz Marques Ricarte

ricarte@unicamp.br

<http://lattes.cnpq.br/4372943322993518>

<https://orcid.org/0000-0003-4832-9318>

Doutor em Engenharia Elétrica pela University of Maryland at College Park nos Estados Unidos da América. Mestre e bacharel em Engenharia Elétrica pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Professor titular na Faculdade de Tecnologia da UNICAMP.

Submetido: 28 nov. 2020

Publicado: 24 out. 2021

RESUMO

O prontuário do paciente é um documento de relevância no contexto da saúde e relacionado a ele há uma profusão de termos e conceitos. Dessa forma, objetiva-se apresentar o termo “prontuário do paciente” no domínio da saúde, a definição proposta pela Organização Internacional de Normalização (ISO) e seus termos equivalentes, traçando discussões sobre o uso desse termo e de suas variações. Para este estudo, foram considerados documentos de referência produzidos principalmente por organismos de normalização, como a ISO, a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e os conselhos profissionais do campo da saúde. Como resultado do estudo, observa-se que o termo “prontuário”, antes conhecido como “prontuário médico”, passou a conviver paulatinamente com outros termos como “prontuário multiprofissional”, “prontuário do paciente”, “prontuário de família”, “prontuário eletrônico do paciente”, “registro de saúde”, “registro eletrônico de saúde”, refletindo, assim, mudanças nas concepções de saúde, nas relações de poder no domínio da saúde e no próprio funcionamento da sociedade impactado pelo advento maciço das tecnologias da informação e comunicação nas últimas décadas. Quando se observa a frequência de uso desses termos em língua portuguesa e em língua inglesa, nesta, o prontuário ainda é focado em uma perspectiva médico-centrada, refletindo seus contextos de produção.

PALAVRAS-CHAVE: prontuário do paciente; linguagem de especialidade; saúde.

ABSTRACT

The patient record is a document of great relevance in the health context, but there is a profusion of terms and concepts related to it. The objective is, considering the health field, to present the term “patient record”, the definition proposed by the International Organization for Standardization (ISO) and its equivalent terms, discussing the use of this term and its variations. For this study, reference documents produced mainly by standardization bodies,

such as ISO, the Brazilian Association of Technical Standards (ABNT), the World Health Organization (WHO) and professional councils in the health field were considered. As a result, it is observed that the term patient record, which was formerly known as medical record, gradually came to live with multidisciplinary team record, patient record, family record, patient electronic record, health record, electronic health record, thus reflecting changes in health conceptions, in power relations in the health domain, and in the very functioning of society impacted by the massive advent of information and communication technologies in the last decades. When observing the frequency of use of these terms in Portuguese and in English, it is observed that in the latter, the patient record is still more focused in a medically-centered perspective, reflecting its production contexts.

KEYWORDS: patient record; specialty language; health.

RESUMEN

La historia clínica del paciente es un documento de relevancia en el contexto de la salud y en relación con él existe una profusión de términos y conceptos. Así, el objetivo es presentar el término “historia clínica” en el ámbito de la salud, la definición propuesta por la Organización Internacional de Normalización (ISO) y sus términos equivalentes, generando discusiones sobre el uso de este término y sus variaciones. Para este estudio se consideraron documentos de referencia elaborados principalmente por organismos de normalización como ISO, la Asociación Brasileña de Normas Técnicas (ABNT), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y consejos profesionales en el campo de la salud. Como resultado del estudio, se observa que el término “registros médicos”, gradualmente comenzó a convivir con otros términos como “registros digitales de salud”, reflejando así cambios en los conceptos de salud, en las relaciones de poder en el ámbito de la salud y en el funcionamiento mismo de la sociedad impactada por el advenimiento masivo de las tecnologías de la información y la comunicación en décadas recientes. Al observar la frecuencia de uso de estos términos en portugués y en inglés, la historia clínica aún se enfoca en una perspectiva centrada en el médico, reflejando sus contextos de producción.

PALABRAS CLAVE: historia clínica del paciente; lenguaje de especialidad; salud.

1 INTRODUÇÃO

Em língua portuguesa, além do termo geral prontuário, encontram-se na literatura e nas terminologias termos como prontuário do paciente, prontuário médico, prontuário multiprofissional, prontuário pessoal do paciente, registro de saúde, registro médico do paciente, registro de caso, sumário de cuidados em saúde, sumário de cuidados médicos, sumário de dados clínicos, sumário do paciente e transcrição médica. Quando em referência aos conjuntos desses registros em uma instituição, são usuais os termos prontuários, diários de saúde, prontuário de família, prontuários médicos, sistema de prontuários do paciente e sistema de registros de saúde.

A possibilidade de realizar esses registros em suporte eletrônico incorpora a esse campo semântico termos como: prontuário eletrônico, prontuário eletrônico do paciente, registro clínico eletrônico, registro eletrônico de saúde, registro eletrônico em saúde, registro médico computadorizado, registro médico digital e registro médico eletrônico. E, para os conjuntos de registros: prontuários eletrônicos, prontuários eletrônicos do paciente, prontuários eletrônicos dos pacientes, prontuários médicos eletrônicos, registro de saúde eletrônicos, registros clínicos eletrônicos, registros digitais de saúde, registros eletrônicos em saúde, registros médicos computadorizados, registros médicos digitais, registros médicos eletrônicos e sistema de registros eletrônicos.

Cabe ressaltar que, além das expressões mencionadas, costuma-se empregar várias siglas relacionadas ao prontuário do paciente. Assim, prontuário eletrônico do paciente é comumente referenciado pela sigla PEP; registro eletrônico em saúde, pela sigla RES; sistema de registros eletrônicos em saúde por S-RES. Em língua inglesa, também há grande variação terminológica sobre o objeto prontuário do paciente, onde se pode encontrar termos como: *electronic health record*, *electronic record*, *health record*, *patient record*, *care record*, *medical record*, *electronic records*, *summary care records*, *personal health record*, além das respectivas siglas para *electronic health record* (EHR), *electronic medical record* (EMR), *personal health record* (PHR) e todas as demais.

Considerando este contexto, o presente artigo tem por objetivo apresentar o termo “prontuário do paciente” no domínio da saúde, sua definição proposta pela Organização Internacional de Normalização (*International Organization for Standardization*, ISO) e termos equivalentes de prontuário, traçando algumas discussões sobre o uso desse termo e suas variações.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O termo prontuário do paciente, como qualquer outro termo, não pode ser entendido de modo isolado, ou seja, desconsiderando o sistema de conceitos ao qual se filia; é preciso contextualizá-lo em um domínio, pois conceitos (unidades abstratas do conhecimento), termos (designações associadas aos conceitos) e definições (formulações linguísticas dos conceitos) não existem dissociados de um contexto de percepção do objeto (concreto ou abstrato) ao qual se referem. Da mesma maneira, conceitos não podem ser dissociados do sistema no qual se inserem; eles se reconfiguram em função desse sistema (PAVEL; NOLET, 2002).

Estudos clássicos (GAMBIER, 1991; FAULSTICH, 1995) indicam que o estudo de uma linguagem de especialidade deve contemplar: a caracterização das instituições que usam a linguagem de especialidade (setor da atividade, tipo de indústria; tamanho e localização, tipo de divisão de trabalho, rede de comunicação interna e externa, frequência de interações, tipos de falas, impacto das novas tecnologias); as características dos usuários que usam a linguagem de especialidade (função e posto ocupado na hierarquia da empresa, nível de poder, formação, origem, qualificações, idade, local de moradia, competências objetivas em línguas, domínios e ocasiões de emprego das linguagens de especialidade, motivação e interesse para empregar uma linguagem de especialidade); consultas a especialistas e corpos documentais onde os termos da linguagem de especialidade e suas variações ocorrem; a análise e sistematização dos termos, definições e variações encontradas.

3 METODOLOGIA

Para o estudo do termo prontuário, foram considerados documentos de referência produzidos principalmente por organismos de normalização, como a ISO, a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e os conselhos profissionais do campo da saúde. A justificativa para considerar tais entidades é porque são responsáveis por coordenar os esforços de normalização com foco na compreensão e comunicação entre povos e culturas.

A ISO, criada em 1946, com sede na Suíça, abriga membros que representam 160 países. No caso das normas relacionadas com os sistemas de informação em

saúde, a ISO mantém o ISO *Technical Committee* (TC) 215, criado em 1998, com o objetivo principal de produzir as normas que a comunidade internacional considera necessárias no que concerne à melhoria e à manutenção da saúde por meio de tecnologias de informação e de comunicação. O Comitê TC 215 já produziu mais de 200 documentos relacionados com a normalização de diversos aspectos da informatização na área da saúde, cada um deles com escopo específico.

A ABNT, criada em 1940, tem sede em São Paulo e é oficialmente reconhecida como o único foro nacional de normalização, conforme a Resolução 07/1992 (CONSELHO NACIONAL DE METROLOGIA, NORMALIZAÇÃO E QUALIDADE INDUSTRIAL, 1992). A ABNT representa o Brasil junto à ISO e também tem seu grupo específico de informática em saúde, a Comissão de Estudo Especial (CEE) 78, que acompanha as atividades do Comitê ISO TC 215, participa das votações sobre as normas e é responsável pela adequação das normas à realidade nacional. A CEE 78 foi organizada em quatro Grupos de Trabalho (GT). O GT1 trata de estruturas de dados e de requisitos de negócios para o prontuário eletrônico; o GT2 refere-se ao intercâmbio de dados, de cartões de saúde e de dispositivos; o GT3 diz respeito ao conteúdo semântico e de medicamentos; e o GT4 trabalha com questões relacionadas com a segurança. A ABNT já produziu algumas normas harmonizadas com a ISO referentes a prontuários eletrônicos, cartões de saúde e diretrizes para o desenvolvimento organizacional de terminologias.

A OMS, agência da Organização das Nações Unidas (ONU) com foco na área da saúde, estabelecida em 1948, com sede em Genebra, Suíça, assume um papel importante junto a esforços internacionais de normalização na área da saúde. No que se refere a normas relacionadas com a tecnologia digital em saúde, a OMS tem um grupo dedicado ao assunto, o *eHealth Standardization Coordination Group* (eHSCG, Grupo de Coordenação e Normalização em e-Saúde), criado em 2003 com o objetivo geral de promover uma coordenação mais forte entre os principais atores na área de normalização em e-Saúde.

Um dos esforços relacionados com a uniformização da informação em saúde mais reconhecido da OMS é a manutenção da família de classificações internacionais empregadas em prontuários de pacientes e demais sistemas de informação em saúde. Contudo, este ponto não será objeto de discussão no presente texto em decorrência do escopo estabelecido para o artigo.

4 RESULTADOS

O termo prontuário do paciente se filia ao domínio da saúde, embora possa ser estudado e empregado em diversas áreas do conhecimento técnico-científico e no cotidiano. Referente à saúde, uma referência importante é a Constituição da OMS, a qual declara que:

Saudável é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades; a satisfação com o mais alto padrão de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, posição política, condição econômica ou social; a saúde de todas as pessoas é fundamental para a manutenção da paz e da segurança, bem como depende de uma completa cooperação entre indivíduos e Estados; o sucesso de qualquer Estado na promoção e proteção da saúde é um valor para todos; [...]; a extensão a todas as pessoas dos benefícios do conhecimento médico, psicológico e relacionado é essencial para a

completa realização da saúde; a opinião informada e a ativa cooperação por parte da população constituem o mais importante desenvolvimento para o bem-estar da saúde das pessoas; governos têm a responsabilidade pela saúde de sua população que apenas pode ser satisfeita pela provisão adequada de medidas de saúde e medidas sociais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946, online, tradução nossa).

Considerando a OMS, entende-se que a saúde contempla o bem-estar físico, mental e social, não se restringindo aos aspectos físicos. Este conceito de saúde interfere na produção e no uso do prontuário do paciente na medida em que este precisa abarcar um escopo de conteúdos informacionais. No entanto, países podem ter visões sobre saúde peculiares e, embora a Constituição da OMS date de meados do século passado, o bem-estar mental e social da população ainda é negligenciado em muitas regiões do planeta.

De modo geral, países pobres e desenvolvidos possuem dificuldades para prover a população com assistência em saúde e com recursos adequados para o seu bem-estar social, incluindo-se aqui a moradia, o saneamento básico e a alimentação. Na atual pandemia de COVID-19, ficou mais evidente como a saúde interfere em todas as dimensões da vida como trabalho, alimentação, educação e relação com o próximo (GÓMEZ *et al.*, 2020) e como a dimensão social interfere na saúde física e mental (CORBURN *et al.*, 2020).

A Constituição da OMS faz menção também aos esforços cooperativos entre indivíduos e estados, bem como sobre a necessidade de informar a população para que participe de modo ativo e consciente na construção do bem-estar individual e coletivo. Observa-se aqui que cooperação e informação são termos chave quando se fala em saúde. Resgatando o contexto de COVID-19, observa-se que a população precisou se guiar por diretrizes internacionais e nacionais para sair ou não de casa, ir ou não ao trabalho, ir ou não à escola, como e quando usar máscara, como higienizar as mãos e as superfícies.

Também foi notória a importância da vigilância epidemiológica no mapeamento de: novos casos de COVID-19; número de óbitos; perfil demográfico dos pacientes; das condições de risco para COVID-19 grave. Toda essa logística informacional para cooperação entre pessoas e estado e entre diferentes estados só foi possível graças aos registros efetuados em cada prontuário de paciente, que puderam ter seus dados analisados localmente e enviados para o nível municipal. Em seguida, para o nível estadual, depois para o nível nacional e internacional. O prontuário do paciente é assim um importante recurso informacional para a gestão da saúde individual e coletiva.

Quando se fala em cooperação, informação e prontuário, no contexto brasileiro, dadas as características de seu sistema de saúde postos pela Constituição democrática de 1988 (GALVÃO; RICARTE, 2017), há, pelos menos, três outros conceitos importantes a serem considerados, quais sejam, o de integralidade da assistência em saúde, o de equipe multiprofissional em saúde e o de direito à informação em saúde.

O sistema de saúde brasileiro entende a integralidade em saúde como um movimento de superação da fragmentação da assistência para que o paciente seja observado em sua totalidade, em seu contexto de vida e na sua história de vida, demandando uma cooperação entre vários prestadores de saúde, entre setores público-público, público-privado, privado-privado; entre diferentes especialidades; entre profissionais de um mesmo campo e entre profissionais de campos diferentes (PINHEIRO, 2009). Essa integralidade impõe a demanda por estruturas e fluxos

comunicacionais bem estabelecidos para o intercâmbio de dados, informações e conhecimentos em saúde que têm sido perseguidos pelo Brasil nas últimas três décadas.

A ideia de integralidade pressupõe ainda a existência, ação e cooperação de uma equipe multiprofissional de saúde, também chamada pelo termo *profissionais de saúde* ou *equipe de saúde*, na qual atuam assistentes sociais, enfermeiros, nutricionistas, biomédicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, farmacêuticos, fonoaudiólogos, dentistas e médicos. Logo, na contemporaneidade brasileira, o conceito de equipe de saúde pressupõe o trabalho coletivo, construído a partir da relação de reciprocidade, de articulação das ações, da interação dos agentes de diferentes áreas profissionais por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, bem como uma superação da assistência médico-centrada de décadas anteriores.

Tais compreensões levaram a uma mudança do termo “prontuário” que, antes conhecido como “prontuário médico”, foi paulatinamente compartilhando espaços com os termos “prontuário multiprofissional”, “prontuário do paciente”, “prontuário de família”, “prontuário eletrônico do paciente”, “registro de saúde”, “registro eletrônico de saúde”, refletindo assim mudanças nas concepções de saúde, nas relações de poder no domínio da saúde e no próprio funcionamento da sociedade impactado pelo advento maciço das tecnologias da informação e comunicação nas últimas décadas. E não foi só o termo prontuário que foi se transformando. Houve uma gradativa mudança em termos como “arquivo médico”, que ganhou novas formas como “arquivo de prontuários”, depois “centros de informação e análises” e, mais recentemente, “centros de inteligência”.

Embora essas alterações não sejam abruptas, vão se consolidando nas instituições de referência, como é o caso dos conselhos profissionais. A título de exemplo, o Conselho Federal de Medicina (CFM) já na Resolução CFM nº 1.821/2007 emprega o termo prontuário do paciente em seu título (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007).

Igualmente, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), em sua Resolução CREMERJ nº 314/2020, esclarece:

Art. 1º O prontuário do paciente é um conjunto único de documentos onde são registrados os dados do atendimento médico, constituído de um conjunto de informações e imagens geradas a partir de dados da consulta e exames do paciente, estando o registro desta assistência a ele prestada protegida por normas legais, científicas e sigilo profissional.

Art. 2º O prontuário do paciente, independente do meio de armazenamento, é propriedade física desse paciente, sob a guarda da Instituição onde o paciente foi assistido, independente de ser Unidade de Saúde ou Consultório, cabendo ao responsável o dever de guarda dos documentos (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA, 2020, online).

No contexto da enfermagem, também o termo prontuário do paciente tem sido empregado. Nesse sentido, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em sua Resolução COFEN nº 429/2012, explicita que:

Art. 1º É responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos

processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012, online).

Pelo exposto, no domínio da saúde, quando se menciona qualquer termo relacionado ao objeto prontuário, estão presentes múltiplas dimensões resultantes de um contexto histórico, social, de posições políticas e culturais sobre a saúde. Indo ao encontro dessa afirmação, cabe destacar que diferentes países se apropriam de formas diferentes das diretrizes da OMS. Disso resulta que, ao citar-se um autor brasileiro ou estrangeiro que aborda o objeto prontuário, é preciso ter atenção para a abordagem que está sendo seguida. Nesta seção considerou-se, sobretudo, o contexto brasileiro, cujos princípios do sistema de saúde estão registrados na Constituição de 1988.

4.1 A DEFINIÇÃO DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE PROPOSTA PELA ISO

É sabido que a normalização em representação, organização e difusão de informações pode diminuir os ruídos de comunicação entre organizações e instituições em um determinado domínio, harmonizando e possibilitando a integração e a interoperabilidade de dados e informações, e possibilita um maior campo de ação para serviços ou produtos oferecidos aos clientes pela instituição ou conjunto de instituições.

No que se refere ao domínio da saúde, as normas propostas pela ISO são marcos importantes para a comunidade internacional, incluindo os governos, pacientes e demais instâncias do complexo industrial da saúde, como as indústrias de base química e biotecnológica (indústrias de fármacos e medicamentos, hemoderivados, vacinas e reagentes para diagnósticos), indústrias de base mecânica, eletrônica e de materiais (como as indústrias de equipamentos mecânicos, equipamentos eletroeletrônicos, órteses e próteses, e materiais de consumo), as empresas de software e os serviços de diagnóstico e tratamento (GADELHA, 2003). O Comitê ISO TC 215, com suas 201 normas publicadas, tem orientado o campo da saúde no que se refere ao uso da inteligência artificial, governança de informações de saúde, padrões e conformidade, software, saúde digital personalizada, interoperabilidade de dispositivos, interoperabilidade semântica, segurança e privacidade, entre outros.

Das normas publicadas, abordar-se-á o *Technical Report* (TR) ISO/TR 20514:2005 *Health informatics: electronic health record, definition, scope and context*. Essa norma propõe uma classificação de registros eletrônicos de saúde, cabendo a cada país fazer suas adequações e traduções para uso local. A principal definição presente nesta norma é:

Electronic health record (EHR) - for integrated care (ICEHR) [is] a repository of information regarding the health of a subject of care in computer processable form, stored and transmitted securely, and accessible by multiple authorised users. It has a commonly agreed logical information model which is independent of EHR systems. Its primary purpose is the support of continuing, efficient and quality integrated health care and it contains information which is retrospective, concurrent and prospective (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDISATION, 2005).

A ABNT traduziu essa definição quase de forma literal, conforme segue:

Registro eletrônico de saúde para a assistência integral (RES-AI) [é um] repositório de informação relativo ao estado de saúde de um ou mais indivíduos, em forma processável pelo computador, armazenada e transmitida com segurança e acessível por múltiplos usuários autorizados, tendo um modelo lógico de informação padronizado ou acordado que seja independente dos sistemas de RES e cuja principal finalidade é apoiar continuidade, eficiência e qualidade da assistência integral à saúde (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2008).

O leitor atento pode observar que a ABNT incluiu na tradução “relativo ao estado de saúde de um ou mais indivíduos”, pois, no contexto brasileiro, existe o Programa de Saúde da Família (PSF), que emprega o prontuário de família, trazendo informações de mais de uma pessoa no mesmo prontuário. Chama a atenção que a ABNT suprimiu a frase “*it contains information which is retrospective, concurrent and prospective*” da definição principal, inserindo-a em nota com caracteres em fonte menor.

Galvão e Ricarte (2012, p. 6) também apresentaram uma tradução para a definição da ISO seguindo uma abordagem de equivalência mais cultural, afirmando que:

O prontuário eletrônico do paciente é a coleção de informação computadorizada relativa ao estado de saúde de um sujeito armazenada e transmitida em completa segurança, acessível a qualquer usuário autorizado. O prontuário eletrônico estabelece um padrão lógico para a organização da informação, aceito universalmente e independentemente do sistema. Seu principal objetivo é assegurar serviços de saúde integrados de modo contínuo, eficiente e com qualidade, juntamente com informação retrospectiva, corrente e prospectiva.

Nessa tradução, Galvão e Ricarte (2012) priorizaram o uso dos termos prontuário e paciente, marcando uma posição em relação ao objeto prontuário de perspectiva paciente-centrada, abordagem que pode ser encontrada em vários textos dos referidos autores. Adicionalmente, faz-se necessário observar que os autores não construíram esta definição com foco no domínio da arquivologia ou da biblioteconomia e, sim, seguiram a perspectiva da norma ISO. Interpretações nesse sentido podem equivocadamente descaracterizar a obra original dos autores.

A ISO também define os principais objetivos do prontuário do paciente. São eles:

The primary purpose of the EHR is to provide a documented record of care that supports present and future care by the same or other clinicians. This documentation provides a means of communication among clinicians contributing to the patient's care. The primary beneficiaries are the patient and the clinician(s). Any other purpose for which the health record is used may be considered secondary, as are any other beneficiaries. Much of the content of EHRs is currently defined by secondary users, as the information collected for primary purposes was insufficient for purposes such as billing, policy and planning, statistical analysis, accreditation, etc. Secondary uses of EHRs include: medico-legal: evidence of care provided, indication of compliance with legislation, reflection of the competence of clinicians;

quality management: continuous quality improvement studies, utilisation review, performance monitoring (peer review, clinical audit, outcomes analysis), benchmarking, accreditation; education: training of clinicians and other health professionals; research: development and evaluation of new diagnostic modalities, disease prevention measures and treatments, epidemiological studies, population health analysis; public and population health: access to quality information to enable the effective determination and management of real and potential public health risks; policy development: health statistics analysis, trends analysis, casemix analysis; health service management: resource allocation and management, cost management, reports and publications, marketing strategies, enterprise risk management; and billing/finance/reimbursement: insurers, government agencies, funding bodies. The EHR scope may include functions which support both primary and secondary purposes of the EHR. However, the Core EHR will be principally focused on the primary purpose whereas the Extended EHR is concerned with all of the secondary purposes as well as the primary purpose of the EHR (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDISATION, 2005).

Tais objetivos foram traduzidos pela ABNT da seguinte forma:

O propósito primário do RES é prover um registro documentado que apoie a assistência presente e futura pelo mesmo ou outros clínicos. Esta documentação fornece um meio de comunicação entre os clínicos que contribuem para a assistência ao paciente. Os principais beneficiários são o paciente e o(s) clínico(s). Qualquer outro propósito para o qual o registro em saúde é usado pode ser considerado secundário, assim como qualquer outro beneficiário. Muito do conteúdo dos RES é definido atualmente por usuários secundários, uma vez que as informações coletadas para os objetivos primários são insuficientes para propósitos tais como cobrança, planejamento e políticas, análise estatística, acreditação, etc. Os usos secundários do RES incluem: médico-legal: evidência da assistência fornecida, indicação da aderência à legislação, reflexo da competência dos médicos; gerência da qualidade: estudos sobre a melhoria contínua da qualidade, revisão da utilização, monitorização do desempenho (revisão por pares, auditoria clínica, análise de desfechos), benchmarking, acreditação; educação: treinamento de clínicos e outros profissionais de saúde; pesquisa: desenvolvimento e avaliação de novas modalidades diagnósticas, medidas de prevenção e tratamento de doenças, estudos epidemiológicos, análise de saúde da população; saúde pública e da população: acesso a informações sobre a qualidade para capacitar a determinação e o gerenciamento efetivo de riscos reais e potenciais à saúde pública; desenvolvimento de políticas: análise de estatísticas de saúde, análise de tendências, análise de misturas de casos; gerência de serviços de saúde: alocação e gerência de recursos, gerência de custos, relatórios e publicações, estratégias de marketing, gerência de riscos corporativo; cobrança/finanças/reembolso: seguradoras, agências governamentais, instituições de financiamento. O escopo do RES pode incluir funções que suportam tanto os propósitos primários quanto secundários do RES. Porém, o RES Essencial será principalmente focado no propósito primário, enquanto que o RES

Estendido está voltado tanto para todos os propósitos secundários quanto para os propósitos primários do RES (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2008).

Em que pese pequenas diferenças na elaboração, nas definições empregadas pela ISO e ABNT para o prontuário e seus propósitos, o principal objetivo do prontuário é a assistência ao paciente. Outras possibilidades para o uso do prontuário, como para estudos culturais, filosóficos, linguísticos, educacionais e outros, são alocados em propósitos secundários.

Certamente, o advento da norma ISO/TR 20514 impactou o domínio da saúde e gerou novas forças e motivações para a revisão dos termos relacionados ao prontuário do paciente ao redor do mundo. Uma segunda definição presente nesta norma também merece destaque. Trata-se da definição de registro pessoal de saúde, também conhecido em língua portuguesa como prontuário pessoal do paciente:

The personal health record (PHR). The key features of the PHR are that it is under the control of the subject of care and that the information it contains is at least partly entered by the subject (consumer, patient). There is a widespread misapprehension in the community, including among health professionals, that the PHR must be a completely different entity from the EHR if it is to meet the requirements of patients/consumers to create, enter, maintain, and retrieve data in a form meaningful to them and to control their own health record. This is not correct. There is no reason why the PHR cannot have exactly the same record architecture (i.e. standard information model) as the health provider EHR and still meet all of the patient/consumer requirements listed above. In fact there is every reason to ensure that a standardised architecture is used for all forms of EHRs (but certainly the ICEHR), to enable sharing of information between them as and when appropriate, under the control of the patient/consumer. The PHR can then be considered in at least four different forms: a) A self-contained EHR, maintained and controlled by the patient/consumer; b) The same as a but maintained by a third party such as a web service provider; c) A component of an ICEHR maintained by a health provider (e.g. a GP) and controlled at least partially (i.e. the PHR component as a minimum) by the patient/consumer, or d) The same as c but maintained and controlled completely by the patient/consumer (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDISATION, 2005).

A ABNT traduziu essa definição da seguinte forma:

O registro pessoal de saúde (RPS). As características-chave de um RPS são que ele está sob o controle de um sujeito da assistência em saúde e que a informação que ele contém é, pelo menos, parcialmente, inserida pelo sujeito (consumidor, paciente). Existe uma grande incompreensão na comunidade, incluindo os profissionais de saúde que o RPS deva ser uma entidade completamente diferente do RES, caso ele venha a atender aos requisitos de que os consumidores/pacientes possam criar, inserir, manter e recuperar dados que sejam significativos para eles e possam controlar o seu próprio registro em saúde. Isso não é correto. Não existe razão para que o RPS não possa ter a mesma arquitetura do registro (isto é, um modelo de informação padronizado) que o RES do prestador de

serviço de saúde e, mesmo assim, atender aos requisitos do consumidor/paciente listados acima. De fato, existe uma forte razão para sustentar a ideia de que uma arquitetura padronizada seja utilizada por todas as formas de RES (certamente pelo RES-AI), para possibilitar o compartilhamento da informação entre eles e, quando apropriado, sob o controle do consumidor/paciente. O RPS pode ser considerado no mínimo em quatro diferentes formas: a) um RES autocontido, mantido e controlado pelo consumidor/paciente; b) o mesmo que o item a, mas mantido por um terceiro, como, por exemplo, um provedor de serviços web; c) um componente de um RES-AI mantido por um prestador de serviço de saúde (por exemplo, um clínico geral) e controlado, pelo menos parcialmente (isto é, o componente do RPS como um mínimo), pelo consumidor/paciente; d) o mesmo que o item c, mas completamente mantido e controlado pelo consumidor/paciente (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2008).

Um caso bem-sucedido de implantação do prontuário pessoal do paciente em escala nacional pode ser encontrado na Austrália, conforme relato produzido por Galvão e Ricarte (2019).

4.2 TERMOS EQUIVALENTES AO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Sabe-se que na linguagem de especialidade, em um mesmo idioma, não existem termos iguais (sinônimos), mas termos que possuem uma equivalência maior ou menor entre si, podendo eventualmente ocupar o mesmo lugar em um sistema de conceitos. Como foi discutido, ao se empregar o termo prontuário médico, a perspectiva filosófica de assistência em saúde assumida é a médico-centrada, diferente de quando se emprega o termo prontuário do paciente, cujo foco está no paciente, com direitos e pleno poder sobre sua saúde, e no reconhecimento da existência de uma equipe multiprofissional da saúde. No entanto, sabe-se que tais termos podem se referir a objetos idênticos ou semelhantes. De qualquer forma, cabe verificar quando um autor ou uma instituição emprega o termo prontuário médico a qual tipo de registro no prontuário ela está se referindo. No contexto dos Estados Unidos, cujo sistema de saúde é diferente do sistema brasileiro, a abordagem médico-centrada predomina.

Para ilustrar essa situação encontra-se no Quadro 1 uma lista de termos que possuem alguma equivalência com o termo prontuário do paciente. Para criação desta tabela, considerou-se a língua portuguesa com grafia brasileira, a presença do termo em qualquer parte de documentos indexados no Google Acadêmico, ou seja, busca em todos os campos do Google Acadêmico; a presença do termo no campo título do documento indexado no Google Acadêmico; e a presença do termo em qualquer registro do Google (geral), em buscas realizadas em 13 de novembro de 2020. Cabe ressaltar que o Google Acadêmico está disponível em <http://scholar.google.com> e o Google geral em <http://google.com>.

Quadro 1: Termos empregados para representar o objeto prontuário, em língua portuguesa, e sua frequência de ocorrência reportada pelo Google

Termo	Google Acadêmico (geral)	Google Acadêmico (título)	Google
Prontuários médicos	13.600	57	149.000
Prontuários de pacientes	12.100	67	131.000
Prontuário médico	11.200	83	220.000
Prontuário do paciente	9.910	227	163.000
Prontuário eletrônico	9.670	436	289.000
Registro médico	5.290	47	279.000
Prontuários eletrônicos	3.940	43	41.900
Prontuário eletrônico do paciente	2.690	205	54.400
Registro eletrônico de saúde	749	57	67.100
Registro eletrônico em saúde	686	46	13.600
Registros eletrônicos de saúde	667	23	17.200
Registro de saúde	394	14	48
Prontuários eletrônicos dos pacientes	305	1	2.270
Registros médicos eletrônicos	277	4	5.630
Registros eletrônicos em saúde	249	7	99
Prontuários eletrônicos do paciente	174	7	2.340
Prontuários médicos eletrônicos	162	0	2.110
Registro médico eletrônico	138	2	3.230
Prontuários de família	116	2	44
Prontuário de família	114	5	77
Prontuário multiprofissional	58	3	827
Registro médico computadorizado	53	0	70
Registro clínico eletrônico	48	1	83
Sistema de registros eletrônicos	43	0	86
Registro médico do paciente	41	0	69
Registro de saúde eletrônico	39	2	1.300
Registros médicos computadorizados	38	0	63
Registros clínicos eletrônicos	24	0	54
Sumário do paciente	15	0	53
Registro médico digital	10	0	2.430
Prontuário pessoal do paciente	9	0	36
Registros médicos digitais	7	0	74
Sumário de cuidados	4	0	44
Sistema de registros de saúde	2	0	9
Registros digitais de saúde	1	0	24
Sumário de dados clínicos	1	0	9
Sistema de prontuários do paciente	0	0	3

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de buscas no Google Acadêmico (<http://scholar.google.com>) e em Google (<http://google.com>).

O Quadro 1 explicita que os termos prontuário médico e prontuário do paciente são ainda bem empregados na língua portuguesa, porém o termo prontuário eletrônico é frequente em títulos de documentos do Google Acadêmico.

Refazendo o exercício anterior e considerando a presença do termo em qualquer parte do documento reportado no Google Acadêmico, em diferentes períodos, observa-se que alguns termos com foco prontuário do paciente em suporte

eletrônico começam a se consolidar a partir dos anos 2000, embora os termos prontuário médicos e prontuário do paciente e suas variações (plural/singular) continuem no topo da lista, conforme pode ser observado no Quadro 2.

Quadro 2: Termos empregados para representar o objeto prontuário, em língua portuguesa, e sua frequência de ocorrência reportada pelo Google Acadêmico em diferentes períodos

Termo	1961-1980	1981-2000	2001-2020
Prontuários médicos	25	609	12.600
Prontuários de pacientes	18	422	11.300
Prontuário médico	39	306	10.500
Prontuário eletrônico	1	63	9.830
Prontuário do paciente	44	292	9.340
Registro médico	21	168	4.950
Prontuários eletrônicos	0	10	3.850
Prontuário eletrônico do paciente	0	21	2.600
Registro eletrônico de saúde	0	0	734
Registro eletrônico em saúde	0	0	670
Registro de saúde	3	9	368
Prontuários eletrônicos dos pacientes	0	1	291
Registros médicos eletrônicos	0	1	270
Registros eletrônicos em saúde	0	0	243
Prontuários eletrônicos do paciente	0	0	164
Registro médico eletrônico	0	3	123
Prontuários de família	0	7	109
Prontuário de família	5	8	96
Prontuário multiprofissional	0	1	48
Registro clínico eletrônico	0	0	38

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de buscas no Google Acadêmico (<http://scholar.google.com>) e em Google (<http://google.com>).

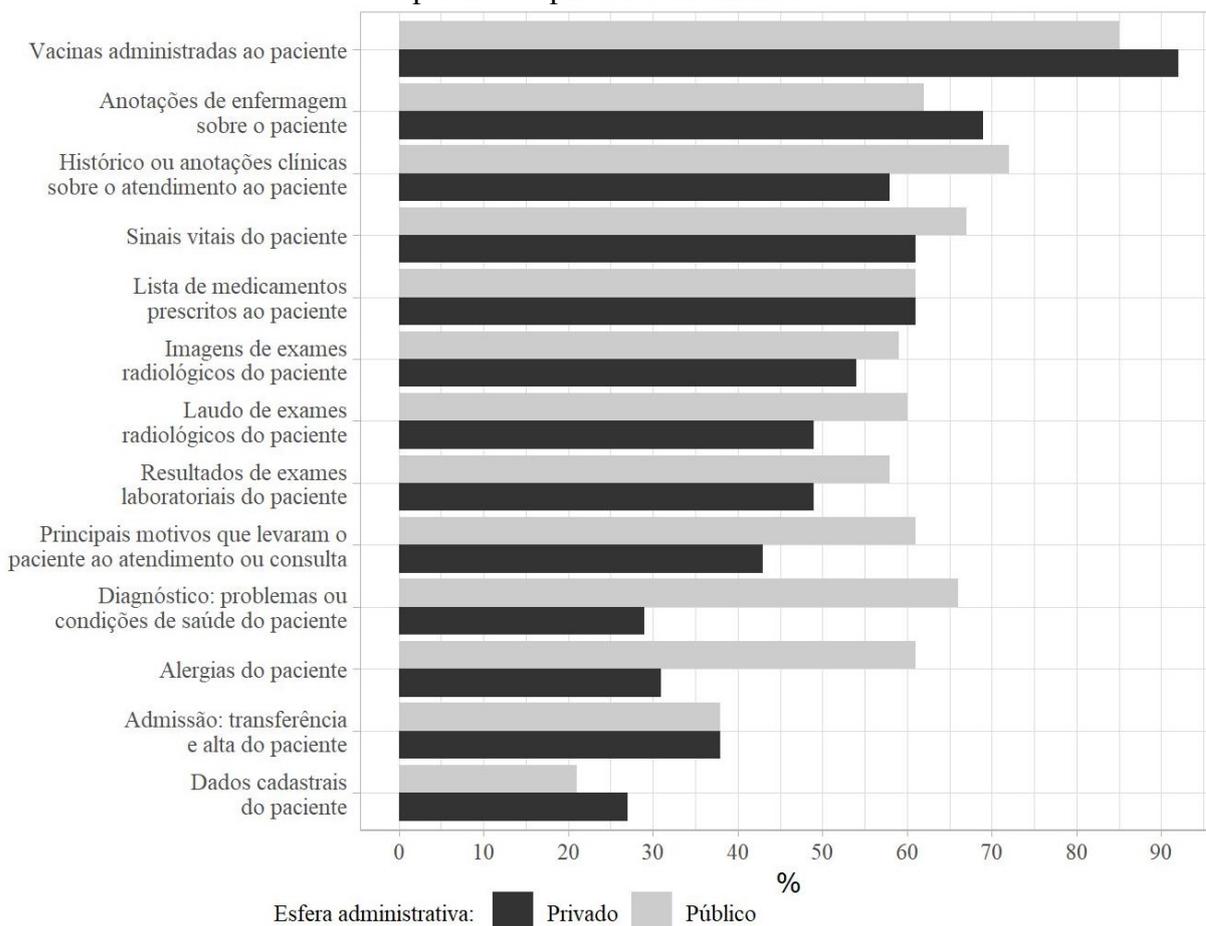
Reproduzindo as buscas em língua inglesa, o termo *medical record* é líder absoluto na frequência de uso reportada pelo Google e também na *Pubmed*, conforme pode ser observado no Quadro 3 e no Quadro 4. Este fato elucidado, em alguma medida, como o sistema de saúde dos diferentes países e as diferentes culturas interferem no objeto prontuário, conforme já discutido.

Quadro 3: Termos empregados para representar o objeto prontuário, em língua inglesa, e sua frequência de ocorrência reportada pelo *Google* e pela *Pubmed*

Termo	Google acadêmico (geral)	Google acadêmico (intitle)	PubMed (title / abstract)	Google
Medical records	2.810.000	12.100	4.056	29.200.000
Medical record	1.910.000	10.900	3.409	17.200.000
Health records	1.370.000	10.900	3.348	9.830.000
Electronic health records	880.000	7.780	2.587	9.650.000
Patient records	392.000	2.650	10.025	3.570.000
Electronic medical record	302.000	5.010	1.492	9.030.000
Health record	280.000	9.710	3.221	9.730.000
Electronic medical records	249.000	4.350	1.261	9.080.000
Electronic health record	222.000	7.450	2.659	9.090.000
Clinical records	212.000	1.020	294	1.900.000
Patient record	195.000	2.560	2.948	2.250.000
Clinical record	47.500	496	137	3.100.000
Personal health records	24.300	1.180	264	1.100.000
Personal health record	21.000	997	232	1.430.000
Family medical history	20.900	76	21	1.550.000
Medical history taking	14.200	166	83	642.000
Computerized medical records	8.580	179	92	198.000
Family health history	7.410	362	129	4.520.000
Medical transcription	6.280	161	42	3.930.000
Computerized medical record	5.330	165	60	95
Digital medical records	1.520	37	3	95.500
Computerized medical record system	1.240	34	7	96
Digital health records	1.120	30	10	450.000
Digital health record	459	17	5	1.020.000
Computerized medical record systems	369	8	3	24.100
Automated medical record system	361	12	5	93
Automated medical record systems	187	28	0	72
Digital health record system	59	1	0	42.900
Digital health record systems	37	0	0	72
Digital health records system	32	0	0	10.700

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de buscas no Google Acadêmico (<http://scholar.google.com>), em Google (<http://google.com>) e em PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>).

Gráfico 1: Tipo de dados sobre o paciente disponíveis eletronicamente em instituições públicas e privadas brasileiras



Fonte: Elaborado pelos autores com dados produzidos pelo Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (2019).

5 CONCLUSÃO

Este artigo apresentou o termo prontuário do paciente, contextualizado no domínio da saúde, apresentou sua definição proposta pela ISO e traduzida pela ABNT, verificou as frequências de ocorrências de termos equivalentes e apresentou uma perspectiva para sua compreensão como objeto concreto da realidade.

Como resultado do estudo observa-se que o termo “prontuário”, antes conhecido como “prontuário médico”, passou a conviver paulatinamente com outros termos como “prontuário multiprofissional”, “prontuário do paciente”, “prontuário de família”, “prontuário eletrônico do paciente”, “registro de saúde”, “registro eletrônico de saúde”, refletindo assim mudanças nas concepções de saúde, nas relações de poder no domínio da saúde e no próprio funcionamento da sociedade impactado pelo advento maciço das tecnologias da informação e comunicação nas últimas décadas.

Quando se observa a frequência de uso desses termos em língua portuguesa e em língua inglesa, nesta, o prontuário ainda é focado em uma perspectiva médico-centrada, refletindo seus contextos de produção. Por todas as explanações realizadas, ao citar-se um autor brasileiro ou estrangeiro que aborda o objeto prontuário, é preciso ter atenção para a abordagem que está sendo seguida.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT ISO/TR 20514**: informática em saúde: registro eletrônico de saúde, definição, escopo e contexto. São Paulo: ABNT, 2008.

CENTRO REGIONAL DE ESTUDOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO. **TIC Saúde 2018**: pesquisa sobre o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução COFEN n. 429/2012, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 110, p. 288, 8 jun. 2012. Disponível em: http://www.coren-ro.org.br/resolucao-cofen-no-4292012_2155.html. Acesso em: 21 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM n. 1.821/2007, de 11 de julho de 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificadas em saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 225, p. 252, 23 nov. 2007.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA (Rio de Janeiro). **Resolução CREMERJ n. 314/2020, de 27 de agosto de 2020**. Rio de Janeiro: CREMERJ, 27 ago. 2020. Disponível em: <https://www.cremerj.org.br/resolucoes/exibe/resolucao/1453>. Acesso em: 21 jul. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE METROLOGIA, NORMALIZAÇÃO E QUALIDADE INDUSTRIAL. **Resolução CONMETRO n. 07/1992, de 24 de agosto de 1992**. Brasília: CONMETRO, 24 ago. 1992. Disponível em: <http://www.inmetro.gov.br/legislacao/resc/pdf/RESC000017.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2021.

CORBURN, J. *et al.* Slum health: arresting Covid-19 and improving well-being in urban informal settlements. **Journal of Urban Health**, v. 97, n. 3, p. 348-35, 2020. DOI: [10.1007/s11524-020-00438-6](https://doi.org/10.1007/s11524-020-00438-6). Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11524-020-00438-6>. Acesso em: 21 jul. 2021.

FAULSTICH, E. L. J. Socioterminologia: mais que um método de pesquisa, uma disciplina. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 281-298, 1995. Disponível em: <http://revista.ibict.br/ciinf/article/view/566>. Acesso em: 21 jul. 2021.

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003. DOI: [10.1590/S1413-81232003000200015](https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200015). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/g3s64xr995byZfmkHb4HBrc/?lang=pt>. Acesso em: 21 jul. 2021.

GALVÃO, M. C. B.; RICARTE, I. L. M. **Prontuário do paciente**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

GALVÃO, M. C. B.; RICARTE, I. L. M. Alinhamentos necessários entre o registro eletrônico de saúde e o sistema de saúde. **Informação & Informação** (Online), v. 22, p. 426-455, 2017. DOI: [10.5433/1981-8920.2017v22n3p426](https://doi.org/10.5433/1981-8920.2017v22n3p426). Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/20190>. Acesso em: 21 jul. 2021.

GALVÃO, M. C. B.; RICARTE, I. L. M. O prontuário eletrônico do paciente em escala nacional: o caso australiano. **InCID: Revista de Ciência da Informação e Documentação**, v. 10, n. 1, p. 244-264, 2019. DOI: [10.11606/issn.2178-2075.v10i1p244-264](https://doi.org/10.11606/issn.2178-2075.v10i1p244-264). Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/incid/article/view/153003>. Acesso em: 21 jul. 2021.

GAMBIER, Y. Travail et vocabulaire spécialisés: prolégomènes à une socio-terminologie. **Meta**, v.36, n.1, p.8-15, 1991. Disponível em: <https://id.erudit.org/iderudit/002795ar>. Acesso em: 21 jul. 2021.

GÓMEZ, S. M. *et al.* Stress and myths related to the COVID-19 pandemic's effects on remote work. **Management Research: Journal of the Iberoamerican Academy of Management**, v. 18, n. 4, p. 1536–5433, 2020. DOI: [10.1108/MRJIAM-06-2020-1065](https://doi.org/10.1108/MRJIAM-06-2020-1065). Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/MRJIAM-06-2020-1065/full/html>. Acesso em: 21 jul. 2021.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. **ISO/TR 20514: 2005**: Health informatics - Electronic health record - Definition, scope and context. Genebra: ISO, 2005.

PAVEL, S.; NOLET D. **Manual de terminologia**. Ottawa: Ministério de Obras Públicas e Serviços Governamentais do Canadá, 2002.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. *In*: Fundação Oswaldo Cruz. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>. Acesso em: 21 jul. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution**. New York: WHO, 1946. Disponível em: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>. Acesso em: 21 jul. 2021.