



**VII SINGEP**

Simpósio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade  
International Symposium on Project Management, Innovation and Sustainability

ISSN: 2317-8302

## **AÇÕES IMPLEMENTADAS PARA MELHORIA DA GESTÃO DE INFORMAÇÕES DE PRONTUÁRIOS DE PACIENTES DE UM HOSPITAL FEDERAL**

**VÍVIAN CELIN PIASSI**  
UNINOVE

**ANA FREITAS RIBEIRO**  
UNINOVE

Agradeço a oportunidade em poder participar desse valioso evento.



## **AÇÕES IMPLEMENTADAS PARA MELHORIA DA GESTÃO DE INFORMAÇÕES DE PRONTUÁRIOS DE PACIENTES DE UM HOSPITAL FEDERAL**

### **Resumo**

O objetivo deste Relato Técnico é descrever as ações implementadas para melhoria da gestão das informações existentes nos prontuários dos pacientes internados em um Hospital Federal da Zona Norte de São Paulo; nos quais, no final do ano de 2017, após análise da Comissão de Revisão de Prontuários, foram detectados vários problemas de qualidade das informações registradas. Com o intuito de definir ações e uma metodologia para alcançar a adequação destes documentos a padrões nacionais e internacionais de qualidade, e garantir o cumprimento imediato de exigências jurídicas, a partir de março de 2018 foi criado um projeto de gestão diferenciado que implementou com sucesso ações voltadas a minimizar o impacto de erro na busca de informações futuras e reorganizou todo o processo de registro desde o momento de entrada até a alta do paciente no hospital. O estudo dos resultados alcançados dentro desta organização em foco, geram a conseqüente reflexão sobre a vulnerabilidade do tratamento destas informações, e o que esses aspectos abordados podem trazer como conseqüência no uso corrente e futuro, refletindo diretamente na vida social e na saúde do paciente.

**Palavras-chave:** Gestão de Informações; Qualidade de Informações; Prontuário do Paciente; Segurança do Paciente.

### **Abstract**

This Technical Report aims to describe the actions implemented to improve the management of information in the medical records of patients admitted to a Federal Hospital in the North Zone of São Paulo; in which, at the end of year 2017, after the analysis of the Records Review Committee, several quality problems of the registered information were detected. In order to define actions and a methodology to achieve the adequacy of these documents to national and international standards of quality, and ensure the immediate compliance with legal requirements, from the March 2018 a differentiated management project was created that successfully implemented actions aimed at minimizing the impact of error in the search for future information and reorganized the entire registration process from the moment of entry to discharge of the patient in the hospital. The study of the results achieved within this target organization, inspires the consequent reflection on the vulnerability of the treatment of this information, and what these aspects can bring as a consequence in current and future use, reflecting directly on the social life and health of the patient.

**Palavras-chave:** management; Quality of informations; Medical records; Patients security



## Introdução

O Hospital Federal abordado neste Relato Técnico foi criado no ano de 1972 na Cidade de São Paulo com o intuito de atender aos militares da ativa e da reserva e seus dependentes, da Aeronáutica e da Marinha, que atuam na circunscrição da abrangência do IV Comar, abrangendo os estados de São Paulo (SP) e Campo Grande (MT).

É constituído por aproximadamente 563 militares e 17 civis, 03 (três) unidades de internação, UTI, Centro Cirúrgico e Emergência. Possui ambulatórios, incluindo as seguintes especialidades: oftalmologia; gastroenterologia; ginecologia; ortopedia; nutrição; anestesiologia; bioimpedância; urologia; proctologia; cirurgia geral; cirurgia plástica; pediatria; hebiatria; psicologia infantil; terapia ocupacional infantil; fonoaudiologia infantil; procedimentos cirúrgicos da cirurgia geral e plástica; psin; medicina preventiva; pneumologia; endocrinologia; infectologia; geriatria; nutrologia; cirurgia vascular; dermatologia; procedimentos cirúrgicos da dermatologia; neurologia; psiquiatria; eletroneuromiografia; audiometria; hematologia; oncologia; arritmia; fonoaudiologia; otorrinolaringologia; teste ergométrico; ecocardiograma; cardiologia e medicina do esporte.

Possui cerca de 17.000 prontuários ativos (considerando o número de pacientes que passaram em consultas há menos de 2 anos) e 48.000 prontuários inativos ((considerando o número de pacientes que passaram em consultas há mais de 2 anos). No total, o hospital detém a guarda de cerca de 65.000 prontuários.

O prontuário do paciente é criado no momento em que é realizado o seu primeiro contato com a instituição durante o seu registro. Concluída esta etapa, o paciente pode ter acesso à marcação de consultas e outros serviços hospitalares, dependendo do seu tipo de convênio. Atualmente, o registro de informações que ficam arquivadas na pasta ou dossiê do paciente é chamado de “Prontuário do Paciente”. A cada consulta agendada, a equipe de arquivos do departamento SAME (Setor de Arquivo Médico e Estatística), onde os prontuários de todos os pacientes ficam arquivados, os empresta para a equipe multidisciplinar. Em caso do paciente necessitar de internação, seja de forma eletiva ou de emergência, o prontuário será disponibilizado para a equipe de enfermagem das Unidades de Internação, Centro Cirúrgico, UTI ou Emergência. Ao tomar conhecimento da necessidade de uma internação, o plantonista da Seção de Admissão e Alta é acionado para fazer os trâmites administrativos obrigatórios para iniciar todo o processo de internação do paciente.

A avaliação interna da qualidade das informações deste prontuário, objeto de estudo desse relato, tem início então, a partir da admissão até a alta do paciente, pois cada profissional registra a evolução da saúde daquele paciente diariamente durante todo o período da sua internação.

Quando o paciente é internado, obrigatoriamente seu prontuário é transferido do Arquivo do SAME para o Setor de Admissão e Alta. Até Março de 2018 os documentos de odontologia, ambulatório e internação ficavam misturados. As pastas físicas não tinham divisórias e o material da pasta usada não era higienizável e não correspondia aos padrões mínimos de segurança exigidos. Esse prontuário era encaminhado sem nenhum tratamento para as unidades de internação e retornava para o arquivamento após a alta do paciente também sem nenhuma revisão ou tratativa. E assim era arquivado e após, analisado pelos membros da comissão de revisão de prontuários.

A comissão de revisão de prontuários é uma comissão obrigatória que avalia principalmente a qualidade das informações contidas nos prontuários dos pacientes. Antes de março de 2018, os prontuários continham as informações durante a internação misturadas com as informações de evolução e tratamento ambulatoriais médico e odontológico do paciente. Na tentativa de uma melhor organização e separação das informações de internação e de acompanhamento ambulatorial do paciente foram compradas pastas com um novo padrão, sendo cada pasta dividida em 03 (três) abas. A primeira aba para conter informações do



tratamento odontológico, a segunda aba para conter as informações do tratamento ambulatorial e a terceira aba para conter as informações produzidas durante o processo de internação do paciente.

Após uma reunião com a comissão de revisão de prontuário e com a equipe multiprofissional foi definido um checklist contendo a sequência sugerida de arquivamento dos documentos produzidos durante a internação do paciente e a criação de um formulário de acompanhamento do trâmite do prontuário, desde sua saída da seção de internação até o seu devido retorno, após a alta ou óbito do paciente. Além disso, foi definido que a comissão deve revisar mensalmente a qualidade dessas informações produzidas através de um checklist contendo 12 atributos gerais e obrigatórios que precisam ser avaliados. Dentre os atributos avaliados estão: identificação do paciente nas folhas; atendimentos datados; assinatura e carimbo dos profissionais; folhas numeradas; arquivamento das folhas em ordem cronológica; avaliação clínica completa; descrição do ato cirúrgico completo; evolução do paciente baixado completa; registro completo das parturientes; registro completo de hemocomponentes e registro completo na emergência.

A avaliação do gerenciamento das informações nesse momento e para esse relato é somente notar a presença da informação ou não, se ela está simples ou detalhada. Não foi feita para esse relato a análise dos formulários e o que deve ser melhorado para aumentar a qualidade das informações.

Deste modo, após análise das respostas à questão norteadora, e conseqüente reflexão sobre a situação atual da qualidade das informações desses prontuários, foram planejadas e promovidas as ações visando uma melhoria na gestão e busca da qualidade informacional desses prontuários. Nesse contexto, o objetivo deste trabalho é relatar como foram realizadas ações de gestão documental, principalmente nos prontuários dos pacientes internados, a fim de melhorar a qualidade das informações que são registradas, buscando benefícios intrínsecos, como: a melhoria no diagnóstico da doença; aumento da segurança do paciente; melhoria dos aspectos da assistência ao paciente após a sua internação; o alcance de padrões exigidos de qualidade internacionais e nacionais; rapidez na busca de informações; e o indispensável cumprimento de regras jurídicas. Entende-se que este trabalho pode contribuir para a conscientização sobre a importância das ações de gestão e tratamento da informação de forma prática e eficiente, estando ela em qualquer suporte e registrada a qualquer tempo. A gestão da informação e o controle da qualidade de seu registro são importantes instrumentos de prova e futura pesquisa de todo histórico da saúde do paciente. A falta de informação, o extravio e a letra ilegível são perdas irreparáveis para o acompanhamento e tratamento médico bem sucedido.

Para tal, este estudo está estruturado em quatro seções distintas: Introdução; Fundamentação Teórica, onde serão apresentados exemplos de outros trabalhos que utilizaram propostas semelhantes à aplicada neste relato; Metodologia, com destaque para a descrição de como as ações de busca da qualidade das informações auxiliaram para minimizar os erros de gestão encontrados nos prontuários dos pacientes. Em seguida, são expostos e comparados os resultados deste estudo, antes e após a implementação das ações e, por fim, apresenta-se a seção de Considerações Finais, com as principais conclusões deste trabalho, suas limitações, além de propostas para pesquisas futuras.

## 2 Referencial Teórico

Segundo Schout & Dutilh Novaes, 2007, a gestão da produção da informação assistencial é parte importante dos processos de gestão da qualidade da assistência e não deve ser tratada como uma tarefa menor e isolada, pois depende e impacta sobre todas as atividades desenvolvidas no hospital. Para que possa haver uma adequada gestão da informação, em



geral é necessário que todos os profissionais se sintam partícipes e responsáveis pela sua produção e utilização, isto é, que exista uma cultura institucional de valorização da informação. Complementarmente, faz-se necessária a implantação, pelos gestores dos hospitais e dos sistemas de serviços de saúde, de propostas e instâncias que permitam a articulação tanto das perspectivas e necessidades de informação clínicas, de pesquisa e de gestão internas, e das crescentes demandas externas (econômico-financeiras, vigilância epidemiológica e sanitária, avaliação de desempenho em diferentes perspectivas etc.), e que orientem os investimentos em informática e desenvolvimento das padronizações e registros necessários, não o contrário.

Ainda segundo (Schout & Dutilh Novaes, 2007), não se trata mais, como se pensava alguns anos atrás, de "resolver" o problema da qualidade da gestão da informação nos hospitais, e nem de encontrar soluções externas definitivas, neutras e indolores, que dependam apenas de recursos financeiros para a compra de máquinas e programas, mas sim, de desenvolver a capacidade para utilizar de forma mais adequada para cada instituição e contexto, recursos materiais e humanos diversos, de tal forma que a gestão da informação se transforme em um processo dinâmico e totalmente parte da gestão do serviço como um todo.

Vasconcellos, Gribel, & Moraes, 2008, realizaram estudos sobre avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil; os achados do estudo apontaram para uma prática clínica e do cuidado prestado precários em todos os municípios estudados. Como resultado da análise, a discussão dos resultados com os gestores de saúde vem possibilitando a compreensão mais clara dos problemas encontrados e o desenho de possíveis soluções para a sua recuperação.

Segundo Braga, 2005, a importância do registro em saúde teve seu início na prática clínica, na qual os profissionais de saúde identificaram a necessidade de recorrer à história clínica e evolutiva para acompanhamento dos doentes.

Com relação a critérios legais, segundo o Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº. 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. Nessa mesma resolução define o 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.

### **3 Metodologia**

A proposta é desenvolver duas análises transversais em amostra de conveniência antes e depois do marco de implementação do protocolo, a partir do mês de Março de 2018, comparando informações relevantes no prontuário.

O presente relato técnico consiste em uma pesquisa qualitativa e descritiva com base em dados secundários, levantados mediante verificação direta no prontuário por membro da comissão de revisão de prontuários durante cada mês posterior à alta do paciente internado. Foram separados os checklists preenchidos pela equipe de avaliadores durante os meses de Janeiro, Fevereiro, Março e Abril de 2018. Foram ao todo avaliados 158 prontuários, sendo observada cada resposta do checklist, conforme mostra a Tabela 1.

Tendo como base, os prontuários de pacientes avaliados após a alta, os mesmos foram sorteados em amostras, sendo o quantitativo a soma de 20% do total de pacientes internados no mês e mais 20% de cada clínica no total. O valor total de cada mês foi dividido pelo número de avaliadores. Cada avaliador analisou o prontuário com base em todos os itens do



checklist. O checklist foi composto de respostas: C (conforme); NC (não-conforme) e NA (não se aplica), conforme mostra a Tabela 1.

**Tabela 1**  
**Requisitos avaliados pela Comissão de Revisão de Prontuários.**  
Fonte: Elaborada pela Comissão de Revisão de Prontuários.

<b>REQUISITO AVALIADO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
Identificação do paciente nas folhas			
Atendimentos datados			
Assinatura e carimbo dos profissionais			
Folhas numeradas			
Arquivo das folhas em ordem cronológica			
Termo de Consentimento informado assinado pelo médico e pelo paciente			
Avaliação clinica completa			
Descrição do ato cirúrgico completo			
Evolução do paciente baixado completa			
Registro completo para parturientes			
Registro completo para transfusão de hemocomponentes			
Registro completo na Emergência			
<b>CONVENÇÃO:</b>	<b>C = CONFORME</b>	<b>NC = NÃO CONFORME</b>	<b>NA = NÃO SE APLICA</b>

Com base nas respostas e nas análises físicas dos prontuários, as ações de melhorias se iniciaram pela mudança na forma de arquivamento dos documentos. Foi analisado pela equipe de revisão de prontuários que os documentos estavam sempre misturados e sem ordem básica e nem cronológica de arquivamento. Então, a primeira ação que foi desenvolvida foi a análise de uma nova pasta para ser usada para arquivamento separando os documentos por categorias de atendimento, ou seja, ambulatório odontológico; ambulatório médico e pela internação, foco desse relato técnico. Em conjunto com outros setores da instituição foram compradas novas pastas que seriam as novas pastas do prontuário do paciente. Essa nova pasta foi comprada nesse primeiro momento, sendo uma pasta higienizável, que está dentro dos padrões de segurança hospitalar, e contendo 03 (três) abas, além da Capa e Contracapa. A Aba Odontologia (onde conterà os documentos do tratamento odontológico do paciente); A



Aba Ambulatório (onde conterà os documentos do ambulatório do paciente); e a Aba Internação (onde conterà os documentos sobre o uso na emergência e durante a internação do paciente, seja ela de urgência ou eletiva).

Após definido o repositório físico dos documentos de cada paciente, nesse segundo momento foi parametrizado que a mudança para o novo repositório seria iniciado no momento em que o paciente fosse internado. Ou seja, todo paciente internado, seja para qualquer procedimento, teria os seus documentos já existentes transferidos para a nova pasta. Assim, as ações de gestão das informações se iniciaram na Seção de Admissão e Alta do paciente, passando por todos os setores como, nas Unidades de Internação e Centro Cirúrgico, voltando novamente para a Seção de Admissão e Alta para que o documento fosse entregue à Seção de Arquivo e Movimentação de Prontuários para arquivamento e redistribuição para continuidade do tratamento ambulatorial médico e odontológico do paciente, ou para disponibilização para a revisão das comissões de revisão de prontuários e óbitos.

Para detalhamento dessas ações e definição de responsabilidades, foi confeccionada uma NPA (Norma Padrão de Ação) e uma IS (Instrução de Serviço) que contém principalmente as regras de como os documentos devem ser armazenados e disponibilizados para os profissionais durante a internação do paciente.

Definido que o projeto de gestão de informações iria se iniciar em Março de 2018, foram feitos treinamentos com as equipes envolvidas em todo processo. Os treinamentos foram ministrados pela arquivista responsável da instituição juntamente com o Presidente da Comissão de Revisão de Prontuários; a Chefe do SAME (Setor de Arquivo Médico e Estatística); a Chefe da Seção de Admissão e Alta; e os Chefes da Divisão de Apoio Complementar (DAC), os quais são chefes da equipe de enfermagem que atuam diretamente com o paciente internado (UTI, Unidades de Internação e Centro Cirúrgico). Nesse treinamento, foram detalhadas as ações que cada setor deveria realizar, desde a admissão do paciente até a sua alta, e como proceder o correto arquivamento do prontuário na Seção de Arquivo e Movimentação de Prontuários do SAME.

Após o treinamento foi imediatamente iniciada a partir de Março de 2018 a implementação das ações; a fiscalização ficou como responsabilidade direta e diária da Seção de Admissão e Alta. Mas, deixando sempre claro para todos os participantes do projeto a coresponsabilidade pelo arquivamento correto dos documentos do paciente internado.

Também foram feitas reuniões com os médicos para comunicá-los sobre o projeto de gestão das informações e sua importância, e como eles devem ser também inseridos e responsabilizados como peças chaves na conservação e manutenção dessa idéia.

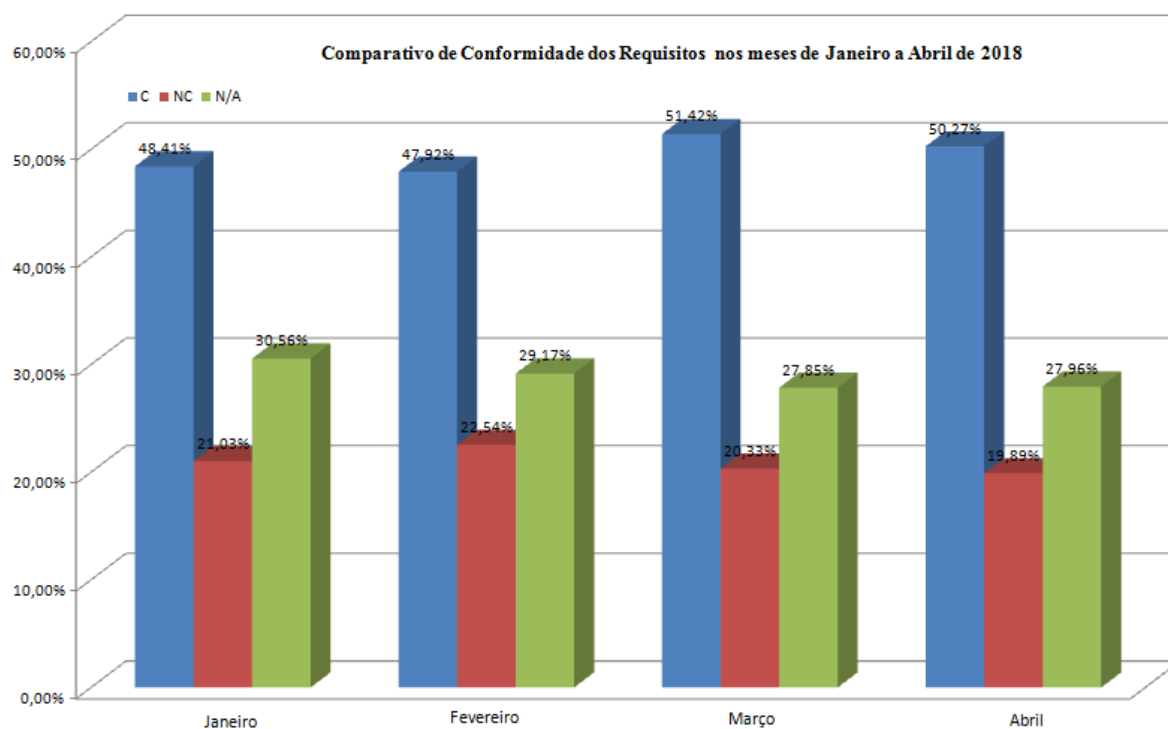
Ter um documento organizado já é um dos primeiros passos para o cumprimento de responsabilidades e deveres preconizados pelo CFM, previstos na Resolução CFM n.º. 1.638, de 10 de julho de 2002; que em seu conteúdo prevê os documentos obrigatórios que devem estar arquivados e organizados adequadamente no prontuário do paciente. Foi observado que as metas traçadas somente foram atingidas devido ao entrosamento, comprometimento e colaboração de todas as partes envolvidas no processo.



#### 4 Resultados Obtidos e Análise

O resultado esperado é comparar a qualidade das informações antes e depois da implementação de ações de gestão da qualidade das informações, e o resultado dos benefícios como: a melhoria no diagnóstico da doença, aumento da segurança do paciente; melhoria dos aspectos da assistência ao paciente após a sua internação, o aumento no cumprimento de padrões de qualidade internacionais e nacionais, rapidez na busca de informações, cumprimento de regras jurídicas.

Após a implementação das ações descritas, observou-se que ocorreu um aumento do número de conformidade nos meses de Março/2018 com 51,42% e no mês de Abril /2018 com 50,27% em relação a Janeiro/2018 e Fevereiro/2018, com 48,41% e 47,92%, respectivamente. O número de não conformidades tem diminuído ao passar dos meses, como mostra a Figura 1.



**Figura 1**

**Comparativo de Conformidade dos Requisitos nos meses de Janeiro a Abril de 2018.**

Fonte: Elaborada pela Autora.

As ações de gestão das informações e melhoria da qualidade dos prontuários, segundo relatos, promoveram melhorias buscadas para melhor entendimento do histórico médico do paciente e melhoria no trabalho dos que usam diretamente essas informações para tratamento do paciente. Todos os envolvidos no processo de internação do paciente e também os profissionais que utilizam as informações posteriormente a internação do mesmo passaram a considerar mais e dar mais valor a uma informação organizada. Contudo, para que tal prática seja contínua, considera-se fundamental a continuidade do projeto e, principalmente, o





incentivo dos diretores e todos os chefes dos setores envolvidos, no sentido de continuar oferecendo subsídios para a continuidade dessas ações e sempre dando apoio e incentivo em buscar melhorias para o processo. Entende-se que as ações de gestão das informações fornecem conhecimentos, que poderão ser aplicados com sucesso em outras instituições que apresentem o mesmo quadro de dificuldades e problemas na tratativa dos dados hospitalares que o hospital alvo desta pesquisa apresentava.

O atual projeto evidenciou a importância de se realizar uma análise da qualidade das informações geradas durante o atendimento médico hospitalar do paciente e a forma como são organizadas essas informações para responder a um uso futuro. É importante analisar que toda informação, seja ela em qualquer suporte tem como sua primeira função servir de prova para atos ou fatos, com sua característica de resposta a decisões administrativas e judiciais. No segundo momento essas informações servem para pesquisas e análises históricas. Analisando esses aspectos, fica como ponto preocupante dar melhoria ao registro destas informações, para um segundo momento do projeto, promover a análise de cada template dos documentos usados, principalmente os que deverão conter informações obrigatórias, exigidas por órgãos de saúde nacionais e internacionais, para que haja possíveis alterações, condensando modelos usados, e inserindo somente campos que são de preenchimento obrigatório ou somente necessários para acompanhamento da vida hospitalar do paciente. Foi possível notar que existem muitos documentos, com muitos campos e que ainda não são preenchidos com a devida importância que deveria ser dada.

Sempre é importante, nesses trabalhos ter o envolvimento de toda a equipe, para que o projeto tenha continuidade e que seja realmente eficaz, atingindo o maior objetivo que é ter no prontuário do paciente as informações organizadas, e principalmente, as informações que servirão de prova a favor da instituição e a favor da continuidade do tratamento do paciente.

## **5 Conclusões/Considerações finais**

O presente relato permitiu avaliar o impacto da implementação das ações de gestão das informações na qualidade do prontuário. A melhoria da qualidade de informação do prontuário possibilitará melhor gerenciamento das informações do paciente, podendo refletir na qualidade da assistência e no gerenciamento das informações hospitalares. Os treinamentos elucidaram as dúvidas e trouxeram conhecimentos que certamente poderão melhorar as condições de saúde do paciente e de trabalho dos profissionais. Porém, é imprescindível reconhecer que a busca pela qualidade na gestão das informações deva ser considerada como um processo contínuo.

Vale salientar como limitantes do projeto, que as análises realizadas foram baseadas somente na presença ou não da informação no documento. E na própria existência ou não do documento. Não foram analisadas nesse momento se a informação deveria estar preenchida ou não e o motivo do não preenchimento. Estas análises serão resolvidas em uma segunda etapa do projeto. Foi possível observar no processo atual de uso dessas informações, quais eram os maiores problemas neste campo, e como de uma forma direta e rápida se poderia melhorar a organização dessas informações nos prontuários.

A apresentação desse Relato Técnico sinaliza a importância de toda informação que é gerada para responder a um propósito ou esteja intrínseca a um processo. Afinal, os



documentos são gerados como resultados de registros de ações de atividades de um processo, servindo no momento ou a posteriori, como apoio à tomada de decisões. Esse trabalho nos faz refletir não somente sobre a importância de ser a informação obrigatória e necessária, mas também, como e principalmente a sua falta traz sérios problemas a qualquer instituição. É necessário pontuar esta reflexão, pois com o advento da tecnologia e do prontuário eletrônico, muitas instituições estão substituindo o suporte humano sem considerar análises de informações que são realmente necessárias e obrigatórias. Considera-se que é importante ressaltar que, apesar de a instituição deter a custódia sobre as informações do tratamento médico do paciente, as informações contidas nestes documentos são também propriedade particular do paciente. Então, a maior finalidade da gestão das informações, é a sua entrega íntegra e em sua totalidade ao paciente. Dessa forma, o paciente e a instituição sempre sairão beneficiados nesse processo.

### Referências

- Braga, P. D. (2005). Política, tecnologia e informação em saúde: a utopia da emancipação. *Revista de Administração Contemporânea*, 9(1), 246–246. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552005000100018>
- Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº. 1.638, 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* 2002; 9 ago. ([s.d.]). Recuperado 7 de junho de 2018, de [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm)
- Schout, D., & Dutilh Novaes, H. M. (2007). Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4).
- Vasconcellos, M. M., Gribel, E. B., & Moraes, I. H. S. de. (2008). Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, s173–s182. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300021>