

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

ROSIMARY MARIA DE JESUS

**Análise da efetividade de instrumento de avaliação documental de óbitos
em um hospital universitário público**

Maringá
2022

ROSIMARY MARIA DE JESUS

**Análise da efetividade de instrumento de avaliação documental de óbitos
em um hospital universitário público**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Área de concentração: Elaboração de Políticas Públicas

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Isabel Cristina Rodrigues

Maringá
2022

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

J58a Jesus, Rosimary Maria de
Análise da efetividade de instrumento de avaliação documental de óbitos em um hospital universitário público / Rosimary Maria de Jesus. -- Maringá, PR, 2022. 142 f.

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Cristina Rodrigues.
Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - Mestrado Profissional, 2022.

1. Prontuário médico. 2. Administração hospitalar. 3. Gestão pública. I. Rodrigues, Isabel Cristina, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - Mestrado Profissional. III. Título.

CDD 23.ed. 350

ROSIMARY MARIA DE JESUS

Análise da Efetividade de Instrumento de Avaliação Documental de Óbitos em um
Hospital Universitário Público

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas
do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como
requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dr^ª. Isabel Cristina Rodrigues
Presidente/Orientadora
Universidade Estadual de Maringá – UEM



Prof^ª. Dr^ª. Lilian Denise Mai
Universidade Estadual de Maringá – UEM



Prof. Dr. Luis Fernando Lasaro Mangieri
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Aprovada em 27 de maio de 2022

Banca realizada por videoconferência conforme Resolução nº 008/2020 – PPP

Dedicatória

*À minha filha Isabella,
compreensiva e flexível,
razão primeira do meu empenho.*

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a Isabel Cristina Rodrigues, orientadora sábia e parcimoniosa, que com sua infinita paciência iluminou o caminho a ser seguido.

À Prof.^a Dr.^a Lilian Denise Mai e ao Prof.^o Dr.^o Luis Fernando Lasaro Mangieri pelas preciosas sugestões em contribuição a esta obra.

“A gestão de pessoas tem sido a responsável pela excelência das organizações bem-sucedidas e pelo aporte de capital intelectual que simboliza, mais do que tudo, a importância do fator humano em plena Era da Informação”

Idalberto Chiavenato

Análise da efetividade de instrumento de avaliação documental de óbitos em um hospital universitário público.

RESUMO

Registrar informações diárias em caracterização cronologicamente precisa da evolução do tratamento prestado ao paciente em prontuário médico durante todo o período de internação é uma obrigatoriedade legal no âmbito hospitalar brasileiro. Oportunizando-se disso. Este trabalho buscou de forma geral verificar se o Instrumento de Avaliação de Prontuários de Óbitos utilizado no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina possui efetividade para a garantia da qualidade dos registros e informações ético-legais dos pacientes internados que evoluíram a óbito. De forma indireta e em relação de causa e efeito procurou-se elucidar o contexto organizacional do hospital por meio das informações residuais que orbitaram o estudo tendo o instrumento de avaliação como objeto central. Na fase da definição de métodos e técnicas optou-se por modalidade de pesquisa mista e multimetodológica abrangendo: investigação quantitativa documental quanto aos dados secundários; pesquisa de campo, qualitativa, por meio da aplicação de questionário aberto a respondentes eleitos e qualificados em função de seu envolvimento funcional e conhecimento sobre o cenário em estudo; e pesquisa participante, com caráter compreensivo. Estabelecidos o dimensionamento das amostras, aplicação de entrevistas e a identificação das informações documentais necessárias, realizou-se o tratamento dos dados em submissão às técnicas da triangulação metodológica e de dados, e análise de conteúdo para consecução dos resultados perseguidos. Em seguida, apresentou-se analiticamente os dados sobre a quantificação de judicializações em função da evolução ao óbito na instituição em todas as instâncias jurídicas possíveis, que mostrou nulidade de eventos nos períodos 2013-2014 e 2018-2019 impossibilitando sua vinculação em relação de causa e efeito à variação da ocorrência do óbito, assim, com o estudo qualitativo investigou-se as características do instrumento de avaliação em seu processo evolutivo de aperfeiçoamento entre os períodos de 2013-2014 e 2018-2019 incluindo seu interstício, que pudessem ter oferecido influência nas características de desenvolvimento e contribuição para o aperfeiçoamento dos prontuários médicos, e seu nexos causal de impactância dos dados, tendências e cenários, estabelecidos, estruturados e analisados criticamente, quanto à zona de conforto laboral dos operadores, cultura institucional, e clima organizacional. O aspecto comparativo entre os biênios e o estudo das relações de interdependências entre fatores consistem na tônica deste trabalho, e seu resultado prático materializa-se em arcabouço de recomendações e medidas que aplicadas em planejamento estratégico podem cooperar para o aperfeiçoamento da gestão do hospital. O mérito da obra descreve-se no evidenciamento da radiografia da organização sob a perspectiva humana, tendo o Instrumento de Avaliação como ponto focal.

Palavras-Chave: Prontuário médico. Administração hospitalar. Gestão pública.

Analysis of the effectiveness of a documentary assessment tool for deaths in a public university hospital.

ABSTRACT

Recording daily information in a chronologically accurate characterization of the evolution of the treatment provided to the patient in the medical record during the entire period of hospitalization is a legal obligation in the Brazilian hospital environment. Taking the opportunity of it. In general, this study sought to verify whether the Death Record Assessment Instrument used at the University Hospital of the State University of Londrina is effective in ensuring the quality of records and ethical-legal information of hospitalized patients who died. Indirectly and in a cause and effect relationship, we sought to elucidate the organizational context of the hospital through residual information that orbited the study, with the assessment instrument as the central object. In the phase of defining methods and techniques, a mixed and multi-methodological research modality was chosen, encompassing: documentary quantitative investigation regarding secondary data; qualitative field research, through the application of an open questionnaire to elected and qualified respondents based on their functional involvement and knowledge of the scenario under study; and participatory research, with a comprehensive character. Once the sizing of the samples, the application of interviews and the identification of the necessary documentary information were established, the data were processed in submission to the techniques of triangle data, and content analysis was carried out to achieve the results pursued. Then, the data on the quantification of judiciary actions according to the evolution of death in the institution, in all possible legal instances, were presented analytically, which presented nullity of events in the periods 2013-2014 and 2018-2019, making it impossible to link them in relation to cause and effect to the variation in the occurrence of death, in progress, with the qualitative study, the characteristics of the assessment instrument were investigated in its evolutionary process of improvement between the periods of 2013-2014 and 2018-2019, including its interstice, which could have influenced the characteristics of development and contribution to the improvement of medical records doctors, and its causal nexus of data impact, trends and compositions, established, structured and critically analyzed, regarding the operators' work comfort zone, institutional culture, and organizational climate. The comparative aspect between the biennia and the study of interdependence relationships between factors is the keynote of this work, and its practical result is materialized in a framework of recommendations and measures that applied in strategic planning can cooperate for the improvement of hospital management. The merit of the work is described in the clarification of the organization from the human perspective, having the Assessment Instrument as a focal point.

Keywords: Medical records. Hospital administration. Public management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelagem do Sistema fechado de retroalimentação do processo em aperfeiçoamento contínuo.....	58
Figura 2 - Estrutura ilustrativa da interdependência dos conceitos e variáveis Clareza /Agilidade de interpretação/Interface humana X Rigor de forma e Aplicabilidade.....	69
Figura 3 - Árvore do Paciente – “Menu” que ilustra a característica formal e sequencial no sistema informatizado do PEP.....	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição percentual da abrangência de atendimento do HU-UEL.....	50
Quadro 2 - Quantificação da demanda no HU-UEL – Tipificação de entrada.....	51
Quadro 3 - Quantificação/Tipificação da saída dos pacientes internados no HU-UEL.....	52
Quadro 4 - Demonstrativo numérico das variáveis quantitativas pesquisadas.....	56
Quadro 5 - Demonstrativo de confirmação numérica da variável 4.....	57
Quadro 6 - Estratificação codificada da amostra-ql.....	62
Quadro 7 - Pontos fortes e Fragilidades do PMP no período 2013-2014.....	72
Quadro 8 - Pontos fortes e Fragilidades do PEP no período 2018-2019.....	77
Quadro 9 - Comparativo entre Pontos fortes e Fragilidades do PMP e PEP Inter períodos....	93
Quadro 10 - Produto Gerado pela Investigação – Ações e Programas Sugeridos / Medidas Específicas.....	98

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AEHU-UEL	Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário
AJ/HU-UEL	Assessoria Jurídica do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CCS-UEL	Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina
CDCL	Cartório Distribuidor Comarca Londrina
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIAPO	Comissão de Impressos e Avaliação de Prontuários de Óbitos
COPEP-UEM	Comissão Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRM	Conselho Regional de Medicina
DA	Diretoria Administrativa
DASC/HU-UEL	Divisão de Assistência à Saúde da Comunidade do Hospital Universitário
DC	Diretoria Clínica
DE	Diretoria de Enfermagem
DS	Diretoria Superintendente
EAS	Entidade Assistencial de Saúde
HU-UEL	Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina
HumanizaSUS	Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde
IAPO	Instrumento de Avaliação de Prontuários de Óbitos
IML	Instituto Médico Legal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MPPR	Ministério Público do Paraná
Nova PNAB	Política Nacional de Atendimento Básico
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PICS	Políticas Integrativas e Complementares do Sistema Único de Saúde
PJDSP-PR	Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública do Paraná

PlanejaSUS	Política Nacional de Planejamento do Sistema Único de Saúde
PMP	Prontuário Médico do Paciente
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
ProJudi	Processo Judicial Digital do Tribunal de Justiça do Paraná
SAME/HU-Uel	Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Tecnologia da Informação
TJPR	Tribunal de Justiça do Paraná

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 PROBLEMA.....	18
1.2 OBJETIVOS.....	18
1.3 JUSTIFICATIVA.....	19
2 METODOLOGIA	21
2.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	21
2.2 ABRANGÊNCIA DA POPULAÇÃO.....	23
2.3 PLANO AMOSTRAL.....	24
2.4 TÉCNICAS DE PESQUISA.....	24
3 REFERENCIAL TEÓRICO	28
3.1 ATENÇÃO À SAÚDE E O PROCESSO DO ÓBITO.....	28
3.2 A AVALIAÇÃO DE PRONTUÁRIOS COMO FERRAMENTA DE GESTÃO HOSPITALAR.....	38
4 APRESENTAÇÃO ANALÍTICA DOS DADOS	46
4.1 ASPECTOS DA PESQUISA.....	46
4.2 OS PRONTUÁRIOS MÉDICOS.....	63
4.3 A DIMENSÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE PRONTUÁRIOS DE ÓBITOS.....	78
4.4 IMPACTOS E INFLUÊNCIAS NOS ASPECTOS LABORAIS.....	86
5 ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS	91
5.1 MATURAÇÃO ANALÍTICA DOS ASPECTOS INVESTIGADOS.....	91
5.2 PRODUTO TANGÍVEL GERADO PELA INVESTIGAÇÃO.....	97
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO	103
APÊNDICE I - Termo de consentimento livre e esclarecido	109
APÊNDICE II - Roteiro de entrevistas para a amostra QL.....	111
ANEXO I – Instrumento de avaliação de óbitos – período 2013-2014.....	112
ANEXO II - Instrumento de avaliação de óbitos – período 2018-2019.....	119
ANEXO III – Prontuário médico do paciente – período 2013-2014.....	121
ANEXO IV – Consulta ao ProJudi do TJPR.....	138
ANEXO V – Petição ao CDCL.....	139
ANEXO VI – Certidão resposta do CDCL.....	141

1 INTRODUÇÃO

Registrar informações é tarefa e dever diário de todos os profissionais da área de saúde. A reunião de dados fornecidos pelo paciente, responsáveis legais ou ambos, e dos resultados obtidos em qualquer tipo de exame constitui o chamado prontuário médico, também denominado, prontuário do paciente ou do cliente, ou mesmo registro médico. Trata-se, portanto de um documento de extrema relevância, que visa, acima de tudo, demonstrar a evolução da pessoa assistida e, subsequentemente, direcionar o melhor procedimento terapêutico ou de reabilitação, além de assinalar todas as medidas associadas, bem como a ampla variabilidade de cuidados preventivos adotados pelos profissionais de saúde (MASSAD, MARIN & AZEVEDO, 2003).

Na visão de Silva & Tavares-Neto (2007), no Brasil, os hospitais universitários, fazem parte do nível de maior complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e também por essa condição o esperado é que disponham de Prontuários de Pacientes melhor elaborados. Complementa Martins et al. (2012) afirmando que os prontuários, nestes hospitais, mesmo nos modelos em formato tradicional ou suporte em papel são especialmente úteis, pois nessas unidades, além das atividades de assistência, há atividades de ensino e pesquisa. Inferem Massad, Marin & Azevedo (2003), que o sistema de saúde de um país é estabelecido pelo conteúdo documentado nos prontuários, uma vez que deles são extraídas as informações sobre a saúde dos indivíduos que formam uma comunidade e uma nação.

As informações registradas no prontuário do paciente subsidiam a continuidade da verificação do estado evolutivo dos cuidados de saúde e seus desdobramentos, sendo que estes procedimentos resultam em melhoria ou não do quadro clínico, na identificação de novos problemas de saúde e nas condutas diagnósticas e terapêuticas associadas. Neste sentido, o Conselho Federal de Medicina (CFM), estabelece em CFM (2002) a obrigatoriedade da criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica, determinando as responsabilidades pelo prontuário médico.

Ensina Martins et al. (2012), que visando a consecução da garantia da qualidade esperada dos registros médicos, os estabelecimentos de saúde, em atendimento à obrigatoriedade da revisão dos prontuários, paulatinamente, vêm adotando variadas ferramentas administrativas. Dentre estas, o Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (HU-UEL), campo deste estudo, utiliza-se de instrumento próprio, que contém os itens julgados necessários para operacionalizar a avaliação dos dados contidos nos prontuários.

Para entender a dimensão de instrumentos de análise de prontuários em âmbito hospitalar, e toda a cadeia de eventos e desdobramentos que os circundam, inicialmente é preciso ter claro que as situações de internamento, registradas individualmente nos prontuários médicos, quando finalizadas, resultam precipuamente em alta por cura, transferência, evolução substancial ou óbito. Na visão de Queiroz *et al.* (2013), o óbito estabelece-se como condição humana indesejada e temida, pelo indivíduo, para si, para seus familiares, e os que com este se relacionam socialmente, e conseqüentemente remete ao âmbito hospitalar o ônus da informação e justificação da evolução em desfecho para familiares e indivíduos próximos, que podem se dispor à indignação e inconformismo, e, segundo Dallari (2013), em uma de suas conseqüências práticas, buscar judicialização e reparação judicial.

Para Carlini (2018), entender as causas da judicialização da saúde, tornou-se fator relevante para desvendar condições de atendimento médico das instituições, e relações organizacionais que a estas interfiram. Neste sentido, haja vista o ônus institucional provocado por judicializações, procede-se pertinente estudar seus aspectos em verificação aos desdobramentos das evoluções clínicas registradas em prontuário, neste caso, particularizados ao óbito, e todo o cenário organizacional que o envolve, concernente não apenas ao ônus financeiro e desgaste institucional, mas também, quanto aos aspectos organizacionais das relações humanas que impactam no desempenho organizacional da entidade de saúde. Por conseguinte, o processo de análise das características relacionadas direta e indiretamente ao instrumento destinado a avaliação de prontuários de pacientes que evoluíram a óbito pode constituir-se fonte de informações sobre as condições institucionais apresentadas no cenário específico.

O instrumento para controle, mensuração, monitoramento e rastreabilidade dos registros médicos no HU-UEL, para aplicação sobre os prontuários médicos em geral, foi implementado a partir de 2005. No mesmo ano, ocorreu a constituição da primeira Comissão dedicada a impressos e análises de prontuários e óbitos, que evoluiu para a atual Comissão de Impressos e Avaliação de Prontuários de Óbitos (CIAPO). Em consequência, esta desenvolveu instrumento particularmente dedicado a análise de prontuários de pacientes que evoluíram a óbitos, até a formalização, em 2012, do Instrumento de Avaliação de Prontuários de Óbitos (IAPO).

A motivação para realização desta investigação, no sentido de analisar criticamente os aspectos do IAPO e sua atmosfera de envolvimento no âmbito organizacional do HU-UEL, buscando o evidenciamento de sua capacidade de geração de efeitos relevantes no processo de garantia da qualidade dos registros e informações ético-legais dos pacientes internados que evoluíram a óbito, inicialmente sob a perspectiva da segurança jurídica, e, em caráter confirmatório e de continuidade, quanto aos impactos de sua operacionalização, tangíveis as condições organizacionais relacionadas à cultura institucional, clima organizacional e relações humanas de trabalho, sedimenta-se na escassez de literatura e estudos referentes ao desempenho organizacional na gestão hospitalar pública sob este enfoque.

Espera-se, com a evolução da pesquisa, além da elucidação dos aspectos de efetividade elencados, apuração de informações, dados e tendências, que possam inferir recomendações e sugestões de medidas específicas, apresentadas de forma sistematizada, em retroalimentação do cenário organizacional, no sentido do aperfeiçoamento do IAPO em referência a sua missão primária, e da otimização da gestão tangível ao cenário organizacional de inserção, estrategicamente, em suas condições organizacionais relacionadas à cultura institucional, clima organizacional e relações humanas de trabalho, em contribuição à majoração da eficiência administrativa da Entidade Assistencial de Saúde (EAS) quanto a persecução do atendimento integral das disposições das políticas públicas de saúde a que é submetida.

1.1 Problema

A investigação objeto desta pesquisa tem origem na busca de respostas à questão: o instrumento de avaliação documental de óbitos implementado no HU-UDEL, demonstra-se efetivo na garantia da qualidade dos registros e informações ético-legais dos pacientes internados que evoluíram a óbito, nas perspectivas da segurança jurídica e do apoio ao desempenho organizacional da EAS?

1.2 Objetivos

Objetivo Geral

Verificar se o Instrumento de avaliação documental de óbitos implementado no HU-UDEL possui efetividade para a garantia da qualidade dos registros e informações ético-legais dos pacientes internados que evoluíram a óbito.

Objetivos Específicos

- Verificar a existência de variação relevante da incidência de judicializações que prosperaram contra o HU-UDEL, exclusivamente pelo motivo do óbito, comparativamente entre os períodos de 2013-2014 (último biênio de aplicação da versão anterior do instrumento dedicado à avaliação de prontuários de óbitos) e 2018-2019 (biênio de consolidação da versão atual do documento);
- Identificar a capacidade do instrumento dedicado à avaliação de prontuários de óbitos utilizado pelo HU-UDEL, comparativamente entre os períodos de 2013-2014 e 2018-2019, em gerar efeitos contributivos para o aperfeiçoamento e desenvolvimento do prontuário médico utilizado pela instituição;
- Identificar a capacidade do instrumento dedicado à avaliação de prontuários de óbitos utilizado pelo HU-UDEL, comparativamente entre os períodos de 2013-2014 e 2018-2019, em gerar efeitos contributivos para a melhoria do cenário organizacional da instituição; e

- Realizar análise crítica dos dados e resultados obtidos para apresentação de grupo de recomendações e medidas que possam cooperar para o aperfeiçoamento e desenvolvimento do instrumento dedicado à avaliação de prontuários de óbitos utilizado pelo HU-UEL, em favor da intensificação de geração de efeitos contributivos à otimização administrativo organizacional da instituição.

1.3 Justificativa

O primeiro fato que chamou a atenção da autora para a realização deste trabalho exprime-se na observação de notícias acerca da existência de recorrentes solicitações de documentos contidos nos prontuários médicos, oriundas de órgãos de controle, destacadamente, CFM e da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública do Paraná (PJDSP-PR), que permeiam o ambiente laboral assistencialista do HU-UEL. Sua circulação impôs ao clima organizacional solo fértil para incertezas e especulações, demandando a busca e evidenciamento de assertividades e anomalias dos prontuários médicos, em seus aspectos técnicos e culturais. Neste sentido surgiu a necessidade da aplicação de instrumento de avaliação, monitoramento, controle, e rastreabilidade documental.

A aplicação do serviço de análise contínua dos prontuários de óbitos no HU-UEL, em escala evolutiva, visou formalizar fator inibidor de possíveis imprecisões, inconsistências, e fragilidades das informações registradas nos prontuários médicos. Entretanto, se faz necessária a verificação de sua capacidade em gerar efeitos relevantes no processo de garantia da qualidade dos registros e informações ético-legais dos pacientes internados - no âmbito desta pesquisa - que evoluíram a óbito. Espera-se que esta busca, além de revelar a relevância da mencionada efetividade do instrumento de avaliação em tela, a reboque, faça emergir dados, percepções, mensagens e indicadores que subsidiem a propugnação de ações articuladas visando, além da melhoria contínua da tratativa do óbito no HU-UEL, a otimização das relações humanas envolvidas no cenário laboral, em favor do clima organizacional.

No campo da pesquisa proposta, constituído pelo HU-UEL, ocorreu a implementação integral do IAPO em 2012, e sua consolidação no período 2013-2014, com aperfeiçoamento latente entre 2015 e 2017, e aplicação da versão atual no período 2018-2019, permanecendo inalterado até o momento atual.

Nesta linha temporal percebeu-se empiricamente alterações nos aspectos tangíveis a organização de processos e comportamentais dos profissionais que atuam direta e indiretamente no atendimento e manuseio dos prontuários médicos, apontando para a carência de investigação acerca dos impactos e influências do processo de aperfeiçoamento do IAPO e dos prontuários médicos, referentes ao cenário organizacional, em componência da segurança jurídica; relações de trabalho e anseios dos trabalhadores; rotina laboral; clima organizacional; e cultura institucional. Em consoante, ensina Gil (2002), que a pesquisa experimental e os estudos de campo quantitativos, ao partir de quadros conceituais de referência, estruturados e fidelizados ao objeto, permitem a formulação de hipóteses sobre os fenômenos e situações a investigar em sua cadeia de causa e efeito. Desta forma, ao evidenciar a existência de escassa literatura consagrada pertinente ao relacionamento dos eventos em regime de causa e efeito que a partir de processos evolutivos de implantação de dispositivos ou instrumentos de avaliação, monitoramento, controle, e rastreabilidade documental, com essência auditorial, desencadeiam-se em regime de impacto e influências sobre o cenário organizacional, e, em consequência ao desempenho da gestão hospitalar, resta claro que a investigação da efetividade do IAPO, por meio da análise crítica de indicadores, pode reafirmar a busca da garantia da qualidade dos serviços de atenção à saúde, de forma progressiva e planejada, observando a variação qualitativa dos registros sobre a prestação de serviços aos pacientes, ao atendimento do corpo clínico e de ensino, e do setor financeiro, que constituem requisitos para certificação e contratualização de unidades hospitalares de ensino, destacadamente, junto ao SUS. Na perspectiva de Lima & Rivera (2012) os mecanismos de acompanhamento e avaliação são preponderantes para a sustentação dos arranjos contratuais.

Justifica-se, portanto, a pertinência deste estudo no âmbito contributivo ao bom cumprimento das obrigações da EAS às respectivas políticas públicas de saúde aderidas. Com a investigação de considerável gama de dados, fatos, tendências e cenários que envolvem a rotina laboral hospitalar e seus diversos atores, que se relacionam com os prontuários médicos de pacientes que evoluíram a óbito, na condição de operadores ou como avaliadores por meio do IAPO, espera-se a clarificação do cenário sob a perspectiva do elemento humano, em oportunidade analítica da influência do IAPO nos processos técnicos e relacionais em subsídio a composição de ferramenta de ciclo contínuo, que em contribuição a majoração da eficiência administrativa da EAS quanto ao atendimento integral das exigências das políticas públicas de saúde a que é submetida, sedimenta irrefutavelmente a justificativa desta pesquisa.

2 METODOLOGIA

Em consulta aos ensinamentos de Richardson (1989), há o entendimento de que para a realização deste estudo, se faz necessária a adoção dos procedimentos metodológicos adequados e alinhados com os objetivos propostos, que definem a abordagem, tipificação da investigação, método de pesquisa, técnicas para coleta de dados, e formato da análise de dados. Neste sentido, em sequência, apresenta-se explicativamente, os aspectos elencados.

2.1 Delineamento da Pesquisa

Em apresentação das características da pesquisa, esta encontra-se definida a seguir: segundo os objetivos, considerando a diagnose necessária; quanto ao estudo, dispensando relevância para o aspecto quantitativo em entrelaçamento às nuances qualitativas; e em relação à técnica, em conformidade com as características da execução de suas etapas.

Definição da Pesquisa Quanto ao Objetivo

Como a pesquisa explicita as características e aspectos do tema, esta classifica-se como descritiva. Segundo Gil (2010), é comum entre os pesquisadores sociais a utilização da investigação descritiva, quando na finalidade está inserida a ação prática. A importância e utilidade da pesquisa descritiva é preponderante quando necessita-se diagnosticar situações, analisar características, registros, aspectos e variáveis do cenário.

Entretanto, a pesquisa proposta combina caráter exploratório e comparativo, pois inserido nos objetivos específicos encontra-se a comparação analítica dos resultados obtidos através do processamento dos dados levantados, de dois períodos temporais distintos, sob a influência variacional de fatores com similaridade aplicativa, e conteúdo diverso. Para Gasque (2007) esta combinação enfatiza o desenvolvimento de teorias que especificam o fenômeno estudado dentro das condições de sua manifestação.

Definição da Pesquisa Quanto ao Estudo

A abordagem inicial do estudo é quantitativa. Entretanto, identificar pela ótica social a capacidade do IAPO 2018-2019 em gerar efeitos contributivos para o aperfeiçoamento e desenvolvimento do prontuário médico utilizado pela EAS e, contributivos para a melhoria do cenário organizacional da instituição, empresta ao estudo, também caráter qualitativo.

Segundo Gil (2002), a pesquisa classificada com controle sobre as variáveis pode assumir papel importante em estudos quantitativo-descritivos, onde geralmente a coleta de dados é realizada aplicando-se questionários que apresentam variáveis distintas e relevantes para a pesquisa. Corroborando Mattar et al (1999), ao afirmar que as principais ferramentas utilizadas em pesquisas descritivas com abordagem qualitativa, são a observação, os questionários individuais e a entrevista.

Definição da Pesquisa Quanto à Técnica

Quanto às técnicas empregadas, define-se a pesquisa proposta em:

- Pesquisa documental: levantamento de dados secundários de fontes documentais disponibilizadas pela instituição. Conforme Marconi & Lakatos (2010) a pesquisa de fontes secundárias, além de abranger a bibliografia tornada pública em relação ao tema de estudo, contempla a investigação sobre a documentação disponível sobre o assunto, capaz de resgatar a cronologia histórica dos acontecimentos. Aprende-se com Gil (2010), que a pesquisa documental mostra-se de grande relevância quando o foco do estudo requer muitos dados dispersos no contexto;
- Pesquisa de campo: realizada sobre fontes primárias, através de formulários impressos semiestruturados (apêndice I), contendo perguntas abertas, e diretamente aplicados pela autora à amostra dimensionada. Segundo Marangoni (2005), esta forma de obter informações qualitativas mostra-se eficiente, logrando êxito quanto à finalidade de extrair a percepção do público acerca de determinada situação; e
- Pesquisa participante: consiste no processo observatório praticado pelo pesquisador sobre o contexto do tema, quando este participa dos eventos em estudo. Para Yin (2005), esta consiste numa modalidade especial de observação, onde o pesquisador ao participar dos eventos em estudo, não atua apenas como observador passivo. Neste contexto, a autora assume a condição de pesquisadora participante em consequência de exercer a função de Assistente Técnico das Comissões do HU-UEL, destacadamente, da CIAPO.

2.2 Abrangência da População

Em levantamento prévio, evidenciada diretamente pelos formulários de avaliação documental de óbitos utilizados entre 2013 e 2014, a ocorrência de óbitos de pacientes nas atividades da instituição denominada variável 1, quantifica-se em 800 óbitos em 2013 e 840 óbitos em 2014, gerando população 1-1 de 1640 ocorrências. E através da quantificação dos formulários de avaliação documental de óbitos atualmente em uso, aplicados em 2018 e 2019, apurou-se 900 óbitos em 2018 e 980 óbitos em 2019, perfazendo população 1-2 de 1880 ocorrências. Adiante demonstradas nos Quadros 3 e 4.

A quantificação de ações impetradas por familiares de pacientes que evoluíram a óbito no HU-UEL, formaliza-se na variável 2, demonstrada no Quadro 4 e, os eventos de questionamentos acerca de óbitos pelo Ministério Público do Paraná (MPPR), PJDSP-PR e Tribunal de Justiça do Paraná (TJPR), nos biênios em tela, descrevem-se na variável 3. Obtidas através da análise da população 1-1 e população 1-2 e, apesar de constituírem-se variáveis do processo, ao serem evidenciadas e classificadas, convertem-se em população 3-1 e população 3-2, respectivamente, para servirem a próxima etapa da apuração. A observar-se na evolução da tratativa numérica demonstrada no Quadro 4. De acordo com Barbetta (2008), esta característica de escalonamento conceitual, de caráter sequencial, confirma a essência exploratória da pesquisa.

Deve-se ainda, contemplar o aspecto qualitativo do trabalho quanto a verificação dos efeitos contributivos para o aperfeiçoamento e desenvolvimento do prontuário médico utilizado pela EAS e, contributivos para a melhoria do cenário organizacional da instituição, que demanda a extensão do estudo sobre a denominada população-ql composta por: enfermeiros assistencialistas; enfermeiros docentes; médicos docentes; médicos assistencialistas; e assessores jurídicos. Para tanto, o projeto desta pesquisa foi antecipadamente submetido à avaliação da Comissão Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP-UEM), obtendo o parecer favorável de nº 4.357.347.

2.3 Plano Amostral

Para aplicação analítico-documental, em obtenção quantitativa da variável 2 (número de ações judiciais impetradas por familiares de pacientes que foram a óbito no HU-UEL), utiliza-se da população 1-1 e população 1-2, concernentes a seus respectivos períodos temporais. Nesta seara, tratando-se de populações pequenas (1640 e 1880 ocorrências respectivas), de variável dotada de pouca complexidade de mensuração, e da necessidade de alta precisão, em concordância a Bolfarine & De Oliveira Bussab (2005), adota-se abrangência amostral integral de estratificação única (100% da população). Estende-se este critério, por similaridade condicional, a quantificação da variável 3 (eventos de questionamentos acerca de óbitos pelo MPPR, PJDSP-PR e TJPR). A quantificação da variável 4 (incidência de questionamentos acerca de óbitos pelo MPPR, PJDSP-PR e TJPR que prosperaram a ações judiciais contra a instituição) exige a aplicação analítico-documental à população 3-1 e população 3-2, que em manutenção da linha de ação adota-se abrangência amostral integral de estratificação única (100% da população). Para a realização da pesquisa de campo, abrangendo fontes primárias, através da aplicação pela autora de formulários impressos às amostras dimensionadas, contendo o aspecto qualitativo do trabalho, estudou-se a população-ql. Para tanto, escolheu-se o dimensionamento não probabilístico da amostra. Esta opção, convenientemente, segundo Triviños (1987), busca abranger os requisitos mínimos na escolha de bons informantes.

Na Perspectiva de Mazzilli (2012), o indivíduo busca a defesa de seus interesses quando o contexto ao qual está inserido os desequilibra, atraindo-o para a busca presencial do que entende por direito seu. Nesta seara, a seleção dos respondentes aos formulários impressos semiestruturados (apêndice I), obedece aos seguintes critérios: função que o respondente exerce na instituição e sua importância no contexto em estudo; e tempo de exercício na função não inferior a dois anos. A associação destes dois critérios, combinados com a diminuta população a ser estudada formaliza a seleção de 25 respondentes, conforme quadro 6, configurando abrangência amostral integral (100% da população).

2.4 Técnicas de Pesquisa

Segundo Eisenhardt (1989), em tradução livre, a apropriada utilização de técnicas para pesquisa advém do planejamento e da exaustiva verificação de possíveis falhas. Neste sentido destacam-se as seguintes ações.

Para obtenção das quantidades concernentes a variável 2 (número de ações judiciais impetradas por familiares de pacientes que foram a óbito no HU-UEL), aplica-se pesquisa documental pretendida através do levantamento de dados secundários da fonte documental disponibilizada na forma dos anais do Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (SAME/HU-UEL) e Assessoria Jurídica do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (AJ/HU-UEL).

Evidenciar quantitativo e proporcionalmente a variável 3 (eventos de questionamentos acerca de óbitos pelo MPPR, PJDSP-PR e TJPR) e a quantificação da variável 4 (incidência de questionamentos acerca de óbitos pelo MPPR, PJDSP-PR e TJPR que prosperaram a ações judiciais contra a instituição), que têm sua coerência confirmada em virtude de contemplar todas as instâncias jurídicas possíveis para o assunto, exigem pesquisa documental por meio do levantamento de dados secundários disponibilizados, além dos arquivos da AJ/HU-UEL, nos sistemas de busca do MPPR, PJDSP-PR, e Varas Cíveis e Criminais do TJPR. Destacadamente, Processo Judicial Digital do Tribunal de Justiça do Paraná (ProJudi) e Cartório Distribuidor da Comarca de Londrina (CDCL).

Neste sentido, oportunizando-se do conhecimento de Marinho & Façanha (2001), descreve-se os tópicos da técnica comparativa numérica de proporcionalidade entre resultados obtidos nos períodos, a ser empregada com a finalidade de apuração da variação de desempenho em parametria individual:

- comparação analítica de proporcionalidade numérica quanto a respectiva população da variável 2, em referência ao período 2018-2019, com a mesma obtida no tratamento do período 2013-2014;
- comparação analítica de proporcionalidade numérica quanto a respectiva população da variável 3, em referência ao período 2018-2019, com a mesma obtida no tratamento do período 2013-2014; e
- comparação analítica de proporcionalidade numérica quanto a respectiva população da variável 4, em referência ao período 2018-2019, com a mesma obtida no tratamento do período 2013-2014.

A variação de desempenho em cada parâmetro deve ser comparada com as demais, quanto ao sentido e proporção, para obtenção refinada de seu entendimento para posterior submissão a processo analítico visando as possíveis influências nesta, advindas das características formais e operacionais do IAPO em aplicação.

A operacionalização da pesquisa de campo, abarca a aplicação de formulários impressos semiestruturados (apêndice I), contendo perguntas abertas, e diretamente aplicados pela autora à amostra dimensionada. Os dados ora obtidos serão submetidos à análise de conteúdo, que na perspectiva de Triviños (1987), permite a explicitação dos elementos e da estrutura do conteúdo, e colabora para o esclarecimento de suas características e significação. Neste sentido, incorre a possibilidade da extração de conteúdos e significados implícitos da informação analisada.

Para Marques & Urquiza (2021), esta técnica é constituída pelas etapas de explicitação, sistematização e expressão dos conteúdos estudados, sedimentando assim o aglutinamento de percepções e a edificação justificada de deduções lógicas a respeito dos indivíduos que apresentaram as mensagens, o contexto, e suas relações de causa e efeito.

Os roteiros das questões contidas no formulário abrangem a dimensão de extrair dos respondentes suas percepções acerca dos aspectos do instrumento que contribuem para o entendimento e urbanidade do interlocutor ao receber as informações sobre as características e procedimentos referentes ao óbito em questão; pontos do documento que induzem ao confronto; e da qualidade ambiental do trabalho sob estas condições, remetendo conceitualmente ao comportamento e às crenças do respondente.

Sob recomendação de Triviños (1987), o planejamento da coleta de dados apresenta-se de forma a possibilitar a prática da triangulação e análise de conteúdo, abarcando aspectos relevantes, a saber:

- estratificação das amostras conforme elencado;
- auferência da importância de cada estrato respondente no contexto;
- tabulação de cada estrato, elegendo respostas similares por assunto, em obtenção aos conteúdos organizadamente apresentados (etapa de explicitação do conteúdo);
- aplicação do conhecimento das características da instituição, do processo, da importância de cada tipo de respondente no contexto, e da caracterização técnica e social que geram similaridades e dispersões nas respostas;
- elucidação do caráter da percepção do respondente que gera correlações entre respostas, obtendo o refino de tabulação (etapa de sistematização do conteúdo);
- codificação dos dados segmentados, classificados e tabulados;

- interpretação dos resultados e tradução destes em percepções coletivas (etapa de expressão dos conteúdos).

Os resultados entregues pela análise de conteúdo, em termos do nível de satisfação e conforto ambiental-laboral dos respondentes acerca do objeto em análise, combinado em triangulação de dados com os resultados expressos pela variação de desempenho em cada parâmetro, corrobora para o entendimento sobre a identificação da existência de relevância efetiva do IAPO no cenário estudado.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Para materializar a fundamentação teórica desta obra, se faz necessária a abordagem de forma sequencialmente sincronizada, dos assuntos que apresentam inter-relacionamento e associatividade complementar, de forma cumulativa, capaz de proporcionar a construção do conhecimento na direção de seu conteúdo. Na perspectiva de Martins (2010), a construção do conhecimento ocorre pela especificidade da análise e entendimento sequencial de componentes e situações em regime cumulativo no mesmo eixo.

3.1 Atenção à Saúde e o Processo do Óbito

A compreensão da dimensão do conceito de atenção ou assistência à saúde no contexto de sua importância nas relações sócio comportamentais descritas durante a evolução das sociedades humanas, exige a clara percepção da cronologia da evolução conceitual no campo cultural, com olhar aperfeiçoado para as perspectivas religiosa, moral coletiva, e valores sociais. Neste sentido, apresenta-se neste tópico, a caracterização histórica da assistência à saúde enquanto preocupação e prática aplicável ao indivíduo em projeção do disposto ao coletivo, descrevendo em sequência, sua evolução conceitual, em breve tratativa dos temas: cuidados com a saúde; políticas públicas de saúde no Brasil; e a atmosfera do processo do óbito no âmbito das EAS brasileiras.

A evolução histórica dos cuidados com a saúde, Segundo Neto, Dendasck & Oliveira (2016), perpassa por toda a trajetória do desenvolvimento humano, observando-se sua origem comportamental no interesse e preservação da capacidade do indivíduo em realizar tarefas rotineiras do grupo social, sem para este ser mais um fator de insegurança e vulnerabilidade. As crenças e valores religiosos, e o simplismo de conhecimento eram preponderantes, e permeavam-se no tratamento das doenças, sendo este cenário gradualmente desfeito em associação ao desenvolvimento da medicina em suas práticas e métodos, abarcando cientificamente as dimensões biológicas, comportamentais, sociais, ambientais, políticas e econômicas.

Desta forma, ensina Scliar (2007), que o conceito de cuidados com a saúde, historicamente não se limita ao indivíduo tão somente, apresentando reflexos e consequências no coletivo, afirmando que este relaciona-se diretamente a variáveis sociais e econômicas, políticas e culturais, e em consequência não se apresenta da mesma forma para todas as pessoas, sendo um dos perversos aspectos da desigualdade social.

Ao explorar a questão da impossibilidade de dissociação do conceito de cuidados com a saúde da pessoa, enquanto indivíduo, de suas interações e efeitos no coletivo, depara-se ao instante histórico da transmutação conceitual e de tratativa, apresentando novo horizonte para intervenções de impacto moral, cultural, laboral e de performance de grupos sociais de dimensões celulares até nações. Na perspectiva de Rosen (1980), a consolidação dos Estados nacionais modernos, acompanhada do mercantilismo e do absolutismo, transformou o olhar para o coletivo, onde as populações passaram a ser consideradas em sua essência, valiosos ativos a serem preservados e multiplicados. Cabendo ao poder público, a busca de informações sobre a força de trabalho sob seu julgo, quantificando os súditos, elucidando suas condições de vida, e taxas de natalidade e mortalidade, para nortear a execução de ações para promover o crescimento e a saúde da população. Nasce o conceito embrionário de Saúde do Coletivo, sob a ótica do poder público, que evoluiria para a ideia de Saúde Pública, operacionalizada atualmente pelas políticas públicas em Saúde.

Segundo Schenini (2012), Políticas Públicas são o grupo de programas e ações desenvolvidos pelo Poder Público, com o objetivo de garantir os direitos constitucionais dos cidadãos. Para tanto, além do aspecto jurídico constitucional, componentes político-administrativas e estratégicas são essenciais.

No contexto de aplicação de políticas públicas no Brasil, destacadamente, na área da saúde pública, ao estudá-la, descreve-se o entendimento sobre a sedimentação do sistema de saúde brasileiro, que conforme Souza (2020) é formado atualmente pela conjunção de ações e prestação de serviços pelas três esferas de governo, associadamente a administração direta e indireta, e complementada pela rede privada contratada ou conveniada.

Afirma Souza (2020), que anteriormente a promulgação da Constituição Federal do Brasil de 1988, o olhar dos entes públicos brasileiros para a questão da saúde restringia-se à ideia de o indivíduo ser responsável pela própria saúde, ocorrendo intervenção do estado somente em casos graves, fora do alcance resolutivo do cidadão, ou que representassem risco de epidemia a população e conseqüentemente à economia. A questão social da saúde ficou evidente com o processo de desenvolvimento do país e a concentração populacional em grandes cidades. Entretanto, o sistema mostrava-se contributivo, elitista e socialmente excludente, onde somente os que contribuíam efetivamente para a previdência social obtinham acesso assistencial à saúde através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

O sistema de saúde brasileiro atual foi reestruturado através da Constituição Federal do Brasil de 1988. Em consulta a Brasil (1988) observa-se que em seus artigos 196º a 200º, ocorre a institucionalização do SUS, tratando no Capítulo II o assunto Seguridade Social, com a abrangência da Saúde na Seção II, em clarificação à estrutura da seguridade social no Brasil, constituída por previdência social, assistência social, e assistência à saúde. Reforçam Neto, Dendasck & Oliveira (2016), ao postular que o SUS constitui-se numa das maiores Políticas Públicas de Saúde do Mundo, com princípios doutrinários sedimentados na universalidade, no sentido da garantia de acesso às ações e serviços a todos os indivíduos, sem distinção; equidade, enquanto garantia da igualdade de assistência à saúde, isenta de preconceitos, pré-julgamentos, ou quaisquer privilégios; e integralidade, considerando a pessoa na sua plenitude, direcionando as ações de saúde para atender a todas suas necessidades.

Na percepção de Souza (2020), a efetivação do SUS na direção da abrangência atual, ocorreu de forma jurídica complementar e progressiva, por meio da consolidação das normas sobre Redes de Atenção à Saúde do SUS; consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do SUS; consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde; e consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS.

Apesar de destinado a operar como sistema reverberador de Políticas Públicas adaptativas e em constante aperfeiçoamento, a exemplo: Política Nacional de Planejamento no SUS (PlanejaSUS); Política Nacional da Atenção Básica (Nova PNAB); Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS); Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PICS); e Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), dentre outras, segundo Paim (2020), o SUS vem sistematicamente sendo descaracterizado de sua missão pela ação de políticas de governo neoliberais, que, no último quadriênio, opera insistentemente medidas focadas no desmonte e sucateamento do sistema, o que torna cada vez mais complexa a atividade administrativa das EAS no tangível ao atendimento das postulações e regramentos do SUS, em prejuízo dos direitos do cidadão.

Define CFI, OMS (2003), que a saúde da pessoa é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não se consistindo apenas na ausência de doenças ou de enfermidades, priorizando o direito humano, e determinando que saúde para todos os povos é essencial. Traçando de forma clara a incapacidade semântica da dissociação do individual ao social, quando o assunto é saúde.

Para Vieira-da-Silva, Paim & Schraiber (2014) o conceito de saúde pública ao aperfeiçoar-se na direção do social, e principalmente na busca da integralidade, prosperou conceitualmente da frieza quantitativa do populacional, para a permeabilidade do coletivo, estendendo-se de forma prática a cenário mais complexo, dotado também de variáveis qualitativas e apresentando-se como área multidisciplinar e estratégica, demandando além dos profissionais médicos e de saúde, psicólogos e assistentes sociais, administradores, planejadores, profissionais responsáveis pela infraestrutura, entre outros.

Contextualmente, Neto, Dendasck & Oliveira (2016) reforçam a importância das ciências sociais na geração de estudos de estratégias para melhorar a promoção da saúde em contexto geográfico e politicamente abrangente, para que os estados constituídos alcancem as postulações da Organização Mundial da Saúde (OMS). No entanto, afirmam que o SUS enquanto sistema ainda não se materializou por completo no sentido da percepção do ser humano pela ótica da sua integralidade, diversidade e complexidade.

Quando surgiu como uma proposta inovadora, a saúde coletiva, segundo Nunes (1994), apresentou claro caráter reformulador de processos através da gestão do trabalho interdisciplinar. Corroboram Alves & Minayo (1994), com o entendimento de que a aproximação do tema saúde e doença aos distintos sistemas de cura utilizando a transversalidade da multidisciplinaridade na tratativa de todos os aspectos que influenciam o cenário assistencial ao indivíduo e a população, ampliam o seu potencial reparador por não se limitarem somente na dimensão biológica. Entretanto, na percepção de Giovanella *et al.* (2012), o aspecto multidisciplinar da essência da saúde coletiva, exige especial atenção e planejamento dos entes públicos, na criação e gestão de políticas públicas tangíveis a coordenação e articulação de todos os recursos, insumos e especificidades, em função adaptativa às multivariáveis em cena, tendo como exemplo, a preconização contida no arcabouço doutrinário da rede HumanizaSUS.

A essência do conceito de Humanização transcende o caráter da imagem ideal do ser humano, aproximando-se de sua condição real e concreta, dotado de singularidades e caracterização complexa, em suas crenças e valores, constituindo diversidade em seu modo comportamental. Para Pereira & Barros (2006) a práxis da Humanização enquanto Política de Saúde perpassa pela experimentação conectivo afetiva entre os diferentes atores, e entre os processos de trabalho, envolvidos na produção dos cuidados em saúde, demandando ajustes quanto aos modos de percepção, subjetivação, trabalho, atendimento e gestão.

Segundo Pereira & Barros (2006), o processo evolutivo de criação de Políticas Públicas voltadas a humanização dos serviços e sistemas de saúde no Brasil, começou a adquirir robustez no início dos anos 2000, com o advento do Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), e nesta esteira, a rede HumanizaSUS, pretende a materialização da aplicação dos conceitos e diretrizes da humanização na produção dos cuidados a saúde, dedicada transversalmente aos componentes do SUS. Em consulta a Brasil (2010), a rede HumanizaSUS se caracteriza como rede social, envolvendo pessoas afetadas a processos de humanização da gestão e do cuidado no SUS. Dentre suas diretrizes encontram-se a gestão participativa e cogestão; valorização do trabalhador; e defesa dos direitos dos usuários, desde a recepção até a alta.

Ensina Benevides & Passos (2005), que, entre outras, a rede HumanizaSUS apresenta como finalidade, proporcionar ao paciente a capacidade de interação imputada pelas sensibilidades desenvolvidas através de experiências oriundas do acolhimento inicial, dando partida a um relacionamento entre o profissional da saúde, o indivíduo em tratamento e seus familiares. Corrobora Paim (2009), ao afirmar que a emergência da humanização dos processos de atendimento à saúde, que em suas distintas características, valoriza a complexidade e diversidade humana, almeja entender os medos e fraquezas do paciente, e desconstrói práticas ora descontinuas e individualistas. E complementa Fernandes (1993), propugnando que as mudanças macroestruturais nas políticas de assistência e na própria sociedade estão acompanhadas do aperfeiçoamento contínuo do conhecimento teórico da medicina sobre os processos patológicos, entretanto, o conhecimento sobre o paciente e suas vidas são fundamentais para um diagnóstico eficaz e uma ação terapêutica robusta e eficiente, construindo a partir deste o relacionamento e o atendimento humanizado.

Clarificam Barstad-Castro-Neves & Sollero-de-Campos (2018), que a qualificação profissional, o aperfeiçoamento de habilidades naturais e o desenvolvimento de competências específicas, se fazem necessários para que os profissionais da saúde apresentem atributos suficientes para a observação, entendimento e tratativa dinâmica no contexto do atendimento dos sinais emitidos quando o paciente expõe de forma direta ou velada, seus sentimentos, suas experiências e também suas necessidades.

Neste sentido, Cortopassi, Lima & Gonçalves (2006) discorrem sobre a necessidade de humanizar a prática dos profissionais da saúde, a partir do resultado de discussões dentro das instituições de ensino e nas esferas governamentais, no sentido do ensino prático no período da formação de médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde ser organizado curricularmente, dotando-o da capacidade de tornar possível a promoção de melhor interação entre paciente e profissionais da saúde, na arena de atendimento. Pode este, ser um dos aspectos protagonistas da formação e consolidação de procedimentos importantes, ante as necessidades do indivíduo em tratamento e seus familiares, descritos como escuta sensível e responsiva.

A prática cultural associada às crenças populares, na perspectiva de Siqueira *et al.* (2006), influenciam tanto no comportamental, como na prevenção e cura de doenças, onde no seu contexto existencial cada indivíduo busca dentro de si, fortalecimento emocional em seus mais íntimos saberes. Quando submetido a cuidados de saúde, o indivíduo experimenta o reflexo do sentimento do medo ante o desconhecido, e instintivamente apega-se a suas crenças e divindades em sua maior dimensão espiritual, sendo esta qual for almejando algum alívio emocional dentro do conformismo com a impotência instaurada por sua condição de dependência. Este conjunto perceptivo normalmente é remetido aos seus familiares e também aos profissionais de saúde.

Em complemento, afirmam Bernat, Pereira & Swinerd (2014) que são muitos os sentimentos provocados no paciente pelo ambiente hospitalar, perpassando estes, pelo medo, carência, ansiedade, estresse, expectativas, dúvidas e temores. Associa-se estes sentimentos às expectativas das próximas fases do tratamento, causando angustias em função da espera por procedimentos desconfortáveis necessários, qualificados como ruins por causar dor e também pelo afastamento familiar, evidenciando o sentimento de vulnerabilidade.

Barstad-Castro-Neves & Sollero-de-Campos (2018), afirmam que no momento vivido pelo indivíduo em instância de atendimento e tratamento em EAS, observando a ameaça da doença, imobilidade, impotência, e possibilidade da morte como desfecho, afloram-se sentimentos de morbidez mental e corpórea que submetem este indivíduo a campos sombrios do pensamento.

Ressaltam Cortopassi, Lima & Gonçalves (2006), que os pacientes ao procurarem as EAS destinadas aos serviços públicos de saúde, em especial as pessoas com poucos recursos econômicos, mesmo imersos nos conflitos sentimentais que orbitam a situação, e expostos aos incomuns constrangimentos ocorridos ao serem clinicamente investigados a exaustão, dificilmente questionam os procedimentos ou tratativas, e em sua maioria demonstram gratidão pelo atendimento recebido.

Para Bernat, Pereira & Swinerd (2014), estes indivíduos em sua maioria, não reconhecem na completude seus direitos constitucionais às intervenções realizadas, e em muitos casos acreditam que os profissionais da saúde estão lhes prestando um favor pessoal ou ato misericordioso. Entretanto, este sentimento dificilmente é compactuado pelos familiares, quando o desfecho é o óbito.

Ainda sob a perspectiva de Barstad-Castro-Neves & Sollero-de-Campos (2018), diante de cenários de fragilidades extremas, o indivíduo demonstra sem restrições a necessidade de proteção e de segurança, originados no berço da sua criação, e que muito provavelmente seguirão por toda sua vida. Segundo Montenegro *et al.* (2016), este paciente procura estabelecer um relacionamento de confiança com os profissionais de saúde, onde muitas vezes ocorre a confidência de detalhes íntimos, expondo ocasionalmente sua história de vida, na busca de que estes possam entender a origem, a causa, e/ou a gravidade do seu problema, construindo uma possível ponte emocional para a melhor elucidação de sua enfermidade, ou a consecução de diferencial afetivo durante o tratamento. Neste sentido, Bernat, Pereira & Swinerd (2014) resumem o decorrido em: a busca do paciente em aproximar-se de figuras que transmitam confiabilidade, segurança, apoio, proteção, disponibilidade e suporte sem interferência, e principalmente que os encorajem no sentido de aceitação do momento vivido.

Em análise ao arcabouço de sentimentos perfilado, Sousa *et al.* (2015) clarifica que os aspectos da minimização do desconforto emocional através das relações de afeto, em associação ao aspecto da gratidão pelo atendimento recebido, são amplificados em razão direta ao sucesso obtido no tratamento. Afinal, este emaranhado de sentimentos, e em destaque, de expectativas, traduzem-se no fato do paciente ser devolvido à família minimamente recuperado.

Pela ótica de Fernandes (1993), a relação entre profissionais de saúde e pacientes há muito mostra-se aquém da ideal, entretanto, com o advento dos princípios da humanização, há uma tendência convergente e observacionista das características intrínsecas ao perfil dos profissionais da saúde, que demonstram manutenção de algum distanciamento emocional durante o processo de cura, em nome do profissionalismo e da segurança psíquica, que confirma a latente existência de sentimentos, como a afeição, empatia, antipatia, aversão, medo, compaixão, entre outros. Quanto a influência exercida pela questão social e cultural na dinâmica comportamental dos indivíduos que procuram as EAS, Siqueira *et al.* (2006) afirma que estes enquanto convalescentes, necessitam de olhar sensitivo e observacional durante o tratamento, no sentido do entendimento de seu universo próprio em suas necessidades assistenciais, e expectativas. Para tanto, a qualificação do profissional da saúde materializa-se como aspiração fulcral dos processos de aperfeiçoamento dos recursos humanos em saúde no campo do desenvolvimento profissional em humanização. Fernandes (1993) clarifica que o profissional da medicina, normalmente não se detinha a observar os detalhes vividos por seus pacientes, devido, até então, às características e peculiaridades exigidas pela profissão, no sentido de habilidades, resolutividades e competências relativas à sua área de conhecimento.

Afirmam Sousa *et al.* (2015), que o veloz avanço da tecnologia nas ciências da medicina, pode gerar algumas barreiras ao processo de desenvolvimento profissional no campo da humanização, diminuindo o tempo de contato com o paciente, contribuindo para a irrelevância ou a mitigação de aspectos emocionais. Em consonância Cortopassi, Lima & Gonçalves (2006) explicam com o simples exemplo do viés do anonimato profissional, que neste processo altamente tecnológico tem sua identidade reduzida a sua área de formação, sendo apresentados e conhecidos como: o doutor ou a doutora; o enfermeiro ou a enfermeira; os psicólogos; e os especialistas. Em alta rotatividade, aderindo forte tom de impessoalidade e diminuição da sensação de segurança do paciente. Para Bernat, Pereira & Swinerd (2014), uma das formas eficientes de transpor barreiras como as supra apresentadas é a dedicação temporal ao exercício da solidariedade, e o consequente desenvolvimento de interpessoalidade no sentido de estabelecer um canal confiável de comunicação dos profissionais da saúde com o paciente e familiares, emprestando credibilidade ao processo interativo. Corroboram Montenegro *et al.* (2016) ao explicitarem que percepções e práticas observadas nas unidades de internação hospitalar, descrevem a complexidade de execução desta importante tarefa, descrita por sua interdependência e coletividade, diante de tensões ocorridas naturalmente.

A comunicação clara e eficaz entre os profissionais da saúde e paciente, pode reforçar laços e colaborar na construção do sentimento de credibilidade, entretanto. Segundo Bernat, Pereira & Swinerd (2014), além deste viés, trata-se de dever ético do profissional de saúde zelar pelo repasse de informações acerca do tratamento ao paciente, familiares e responsáveis.

Inferem Montenegro *et al.* (2016), que a comunicação não se restringe tão somente ao relacionamento interpessoal, ou ao dever ético, constituindo fator preponderante para a manutenção da estabilidade do relacionamento entre os profissionais de saúde, pacientes e familiares, onde sua ineficiência ou insuficiência, pode oferecer riscos emocionais aos pacientes e familiares, interferência no tratamento, e desconfiança dos familiares quanto ao serviço prestado pela EAS.

Ensinam Barstad-Castro-Neves & Sollero-de-Campos (2018), que o compartilhamento de informações, além do aspecto técnico estrutural, registros e controles, exige mudança comportamental dos profissionais da saúde, quanto a objetividade, e a observação limítrofe da preservação ética, reforçando a necessidade do empreendimento de esforços neste sentido durante a formação profissional, em suas competências e habilidades, dentre estas a capacidade emocional da superação do inesperado, a postura técnica despida da indiferença, e a preocupação e comprometimento com o sucesso do processo. Ademais destaca: do profissional da saúde é esperado somente a cura, tanto pelo paciente quanto por seus familiares.

A morte que ora era um fenômeno humano compartilhado pela família e pela comunidade, para Queiroz *et al.* (2013), fora transformada em um acontecimento técnico limitado aos hospitais, subjetivado aos profissionais da saúde. Este fato ocorreu devido aos intensos avanços tecnológicos da assistência à saúde e também da crescente interferência da medicina no cotidiano individual.

Souza *et al.* (2019) descrevem que a consciência, a atitude e a emoção frente a morte são influenciados principalmente por aspectos psicossociais e cognitivos, que se contextualizam nos campos da ética, religião, espiritualidade, economia e política. E que diante do óbito, os profissionais da saúde, muitas vezes, mesclam sentimentos deflagrando defesas subjacentes tais como, esgotamento associado e cumulativo que afetam, em grande parte, o desenvolvimento da conduta no momento da comunicação do óbito.

Completam Floriani & Schramm (2007) ao afirmar que os conhecimentos adquiridos durante a formação destes profissionais, desenvolvem, aprimoram, e aperfeiçoam suas habilidades diagnósticas, proporcionando o norteamento do tratamento da cura, porém pouco se ensina sobre a postura esperada, quando o sucesso não é alcançado.

De forma clara, Vianna & Piccelli (1998) descrevem detalhadamente os conflitos vividos pelo profissional da saúde, no âmbito do desenvolvimento de sua atividade:

“A Medicina, mais do que qualquer outra ciência, coloca diretamente a problemática da morte diante do profissional. O médico responde a esse desafio muitas vezes com ansiedade, medo e até como ameaça à sua própria vida” (VIANA & PICCELLI, 1998, p. 21)

Para Maia, Soane & Fortes (2013) a ideia da cura acompanha toda a formação do profissional da saúde, fortalecendo o conceito de defesa da vida e de sobremaneira a supervalorização do sentimento de aversão à morte, apesar da estreita convivência diária com sua possibilidade.

E nesta ocorrência, é certo, segundo Siqueira *et al.* (2018), que o ato de comunicar notícias desta ordem não é tarefa fácil para os profissionais da saúde, traduzindo-se em momentos de intensa angústia, que associativamente a outros sentimentos aflorados compreendem o estigma de saber que: quem recebe uma notícia desta magnitude dificilmente esquecerá a pessoa e o local onde foi dito aquilo.

Segundo Bernat, Pereira & Swinerd (2014), no contexto hospitalar, onde as possibilidades e riscos ora elencados são uma realidade, exige-se da comunicação, clareza no repasse das informações verbais e também da forma escrita dos procedimentos realizados, em formato de prontuário do paciente.

Dallari (2013), destaca neste trabalho coletivo, a imprescindível dimensão da objetividade e ética na comunicação formalizada, que por diversas vezes correm o risco de dispersarem-se no campo da subjetividade. Para tal, a existência de prontuários dos pacientes, precisos, como dispositivos captadores de todas as informações técnicas que orbitam o cenário do atendimento, associado a mecanismos e instrumentos de rastreamento e controle, podem contribuir para evitar desconfiança das famílias, receios, conflitos éticos, conflitos oriundos de incompreensões, e o virtual desdobramento em reclamações e processos judiciais.

3.2 A Avaliação de Prontuários como Ferramenta de Gestão Hospitalar

O prontuário médico foi desenvolvido por médicos e enfermeiros para garantir que se lembrassem sistematicamente dos fatos e eventos clínicos sobre cada paciente de forma que todos os demais profissionais envolvidos no processo de atenção à saúde pudessem ter também as mesmas informações. Este constitui-se em elemento crucial no atendimento à saúde dos indivíduos, devendo reunir o arcabouço de informações necessário para garantir a continuidade dos tratamentos prestados ao cliente/paciente (SLEE, SLEE & SCHIMIDT, 2000).

Ensina McDonald (2009) que em precursoria à enfermagem moderna, Florence Nightingale quando tratava feridos na guerra da Criméia, ocorrida entre 1853 e 1856, já relatava que a documentação das informações relativas aos doentes era de fundamental importância para a continuidade dos cuidados ao paciente, principalmente no que se refere a assistência de enfermagem. Demonstrando clássica, sua preocupação acerca da importância dos registros de saúde no sentido de sua existência generalizada em contraponto a resistência dos profissionais da saúde, à época, em realizá-los, prejudicando o histórico de tratamento e o planejamento deste, em seus aspectos técnicos e de infraestrutura. Bezerra (2009) alinha-se à histórica preocupação de Florence Nightingale, no sentido de que o prontuário não deve ser considerado apenas uma peça burocrática para fins da contabilização da cobrança dos procedimentos ou das despesas hospitalares, mas deve ser levado em consideração as possíveis implicações de ordem técnica, ética ou jurídica que possam eventualmente ocorrer, neste caso o prontuário será um elemento de valor fundamental nas contestações sobre possíveis irregularidades.

Em 1880, William Mayo, com um grupo de colegas formou a Clínica Mayo em Minnesota nos Estados Unidos, e observou que a maioria dos médicos mantinha o registro de anotações das consultas de todos os pacientes em forma cronológica em um documento único. O conjunto de anotações trazia dificuldade para localizar informações específicas sobre um determinado paciente. Em 1907, a Clínica Mayo adotou um sistema de registro individual das informações de cada paciente, arquivadas separadamente, dando origem ao prontuário médico centrado no paciente e orientado de forma cronológica (MASSAD, MARIN & AZEVEDO NETO, 2003).

Ainda sob a perspectiva de Massad, Marin & Azevedo Neto (2003), os prontuários médicos, devem conter, o exame clínico do paciente, suas fichas de ocorrências e de prescrição terapêutica, os relatórios da enfermagem, da anestesia e da cirurgia, a ficha de registro dos resultados de exames complementares e suas cópias de solicitação. Constituem-se estes, acervo de informações que tanto serve para a análise da evolução da doença, como para fins estatísticos que alimentam a memória do serviço e a eventual defesa do profissional e da instituição, caso ocorra algum resultado atípico ou indesejado, em ordem de contestação jurídica.

Em consulta a CFM (2017), identifica-se a Resolução CFM nº 1638/2002, que aprova as normas técnicas para a informatização da guarda e manuseio do prontuário médico, e estabelece critérios para o tempo de guarda dos prontuários, certificação dos sistemas, entre outras providências. Ainda define que o prontuário médico é o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada a ele, de caráter legal, sigiloso e científico. As anotações no prontuário médico devem ser feitas de forma legível, permitindo, inclusive, identificar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente.

Entende-se por prontuário não apenas o registro da anamnese do paciente, mas todo acervo documental padronizado, organizado e conciso, referente ao registro dos cuidados prestados ao paciente, assim como os documentos pertinentes a essa assistência. Neste sentido, aponta Nogueira (2005) que, tão importante quanto ter um prontuário na instituição, é o seu preenchimento correto, e à medida que os conhecimentos da administração se difundem, aparecem o valor e importância fundamentais de prontuários e arquivos organizados, em destaque tangível da rastreabilidade.

Apesar da explícita importância da qualidade do prontuário médico, segundo Vasconcellos, Gribel & Moraes (2008), a literatura consagrada aponta baixa qualidade dos registros em saúde no Brasil, classificando-os como precários no sentido da formalização de fonte de informação, tanto para acompanhamento dos pacientes como para avaliação dos serviços.

No conceito de Silva & Tavares-Neto (2007), as informações contidas no prontuário, podem contribuir no sentido de rastreamento de doenças ocorridas, para possíveis composições de investidas e subsídios aos programas de saúde e sociais estabelecidos pelas esferas públicas. Com o desenvolvimento do sistema de saúde no Brasil, são necessárias novas políticas públicas para o aprimoramento da gestão hospitalar, e o prontuário segue sendo utilizado como instrumento de auditoria e de avaliação das contas médicas, entre outros.

Nesta seara, observa-se em CFM (2002), que o Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações sobre qualidade e avaliação hospitalar, que devem seguir regulamentação, normas e portarias, e através destas buscar promover implantação de sistemas eficazes e capazes de controlar a assistência à saúde. Destaca Martins *et al.* (2012) que as normas e portarias definem diretrizes para os hospitais e enfatizam a existência das comissões hospitalares, no sentido de organização, monitoramento e também da promoção da melhoria contínua da oferta dos serviços de saúde, apoiadas no desenvolvimento da gestão hospitalar.

As comissões são denominadas como subsistemas políticos, compostos de um número limitado de atores e instituições, geralmente reunidos em grupos de coesão parcial, que se especializam e direcionam seus esforços para algumas questões específicas em relação a uma política. São compostas de arranjos institucionais e atores que tendem a se aglutinar em torno de programas ou interesses (CAPELLA & BRASIL, 2015). Corrobora Martins *et al.* (2012) ao esclarecer que as comissões hospitalares surgiram para viabilizar ações de melhoria conjunta com a administração das EAS, e são consideradas necessárias para a gestão na formulação de políticas internas e externas, interferem na preservação da vida, programação da saúde das pessoas e do ambiente, melhoria do processo de humanização, na segurança do desenvolvimento, garantindo que o hospital ofereça serviços de saúde com a devida qualidade exigida.

Respeitando suas especificidades, as EAS gradualmente procuram constituir suas comissões buscando resultados efetivos junto aos clientes, por meio de gerenciamento de riscos, de orientações e implantação de protocolos que possam traduzir resultados que reflitam positivamente na imagem institucional.

Neste sentido, segundo Martins *et. al.* (2012), nos hospitais universitários, o prontuário, mesmo os modelos em formato tradicional ou suporte em papel é especialmente útil, e imprescindível, devendo ser monitorado e avaliado sistemicamente em todas as suas características através de dispositivos instrumentalizados por comissões dedicadas, dentro dos moldes da lei, dada a existência de, além das atividades assistenciais, atividades de ensino e pesquisa, que direcionam a formação do profissional da saúde, retroalimentando as necessidades afloradas pelas políticas de atendimento.

No Brasil os hospitais universitários fazem parte do nível de maior complexidade do SUS, e também por essa condição é esperado que disponham de prontuários do paciente de melhor qualificação (SILVA & TAVARES-NETO, 2007). Enfatiza Neto (2006), que a necessidade de um prontuário melhor qualificado, observando a tendência de reformulação da educação médica e as novas estratégias pedagógicas que visam o aumento da eficácia, eficiência e da efetividade, fazem parte da contemporânea formação profissional.

Estabelece HU/UEL (2014) que as comissões são fundamentais para análise da política interna, e por meio empírico-analítico, as informações devem ser direcionadas de forma consciente promovendo um grande aprendizado político, oportunizando aos gestores a capacitação e qualificação através de experiências vividas, minimizando erros do passado e aplicando melhor as técnicas à resolução dos problemas.

Em consulta a HU/UEL (2017), a EAS campo deste estudo tem composto em seu regimento cerca de vinte comissões distribuídas nas quatro diretorias. Deste bojo, seis são comissões obrigatórias, conforme normas estabelecidas pelas portarias municipais e interministeriais, sendo que às instâncias municipais apresenta relatórios de suas atividades mensalmente, para regulação do Planejamento Operacional do Município. Dentre as comissões supramencionadas, observa-se em HU/UEL (2018) a CIAPO que tem o objetivo de atender a Ordem de Serviço Dir. Sup. N°19/2018 em realizar a verificação dos procedimentos e condutas dos profissionais e o monitoramento da qualidade das informações dos prontuários médicos e consequentemente dos atestados de óbitos.

A CIAPO utiliza-se do IAPO como instrumento próprio, que contém os itens julgados necessários para operacionalizar a análise dos dados componentes do prontuário médico, observando sua completude e o estabelecendo como ferramenta de gestão.

Destarta-se em HU/UEL (2018) a finalidade operacional da CIAPO avaliar 100% dos óbitos institucionais e como prestação de contas de suas atividades encaminhar relatórios trimestrais para os gestores do poder público sobre as ações relativas às ocorrências e inconsistências que constituem desconformidade, via análise de prontuários, e internamente encaminhar para a gestão do hospital documento indicando não conformidades de preenchimento, organização sequencial de atendimentos e óbitos, e a clarificação textual acerca de históricos de atendimentos que possivelmente demandem assessoramento jurídico.

As comissões devem apresentar em sua essência a proatividade e a proximidade da gestão, propondo atitudes preventivas e corretivas, legitimando seu papel dentro do estabelecimento hospitalar. Na visão de Gonçalves (2006), o trabalho desenvolvido pelas comissões hospitalares formaliza-se como ferramenta de gestão, podendo representar um diferencial na proposta de modernização dos hospitais públicos. As ferramentas de gestão e qualidade são utilizadas com a finalidade de definir, mensurar, avaliar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho, colaborando para planejamento estratégico assertivo.

Ensina Rezende (2008), que o planejamento estratégico se apresenta como um processo dinâmico, sistêmico, coletivo, participativo e contínuo para a determinação de objetivos, estratégias, tomada de decisões, e execução de ações referentes a organização, enquanto Giovanella (1990) entende que planejar é o delineamento de tendências, oportunizando as possibilidades e probabilidades para os acontecimentos futuros.

Neste sentido o planejamento estratégico, tem um grande significado nas ações político-administrativas, na essência da conveniente utilização de dados e fatos em exercício de projeção. Para tanto, se faz necessária a compreensão analítica do comportamento dos indivíduos, quanto ao contexto de sua prática histórica, no que tange a interpretação dos problemas.

Sustenta Paim (2006), ao afirmar que a interface política do planejamento estratégico permite o monitoramento da execução das tarefas necessárias ao êxito, sendo imprescindível estabelecer os recursos para cada etapa, formular métodos normativos, e delinear o percurso a ser percorrido durante o processo. Em avaliação da proatividade apresentada, eficiência e efetividade.

Paim (2006) e Giovanella (1990) compartilham a percepção que nas EAS, o planejamento estratégico se estabelece destacadamente como ferramenta da alta gestão, e devido à complexidade de tarefas a serem realizadas e ao volume intenso de recursos repassados, espera-se que as pessoas envolvidas neste cenário não incorram no risco do imprevisto. Neste sentido, o desempenho está vinculado a capacidade adaptativa às mudanças rotineiras, em consequência da antecipação em função da proficiência de percepção de fatores de riscos, oportunidades de aperfeiçoamento e tendências internas, por meio de indicadores promovidos pelas ferramentas de gestão, que segundo Da Silva Fonseca (2015), quando dispostas em caráter auditorial, promovem além da elucidação quantitativa do objeto, a percepção de alterações, influências e tendências no cenário auditado.

Ensina Mintzberg (2004), que a elaboração formal do Planejamento Estratégico tem como referência indicadores de desempenho passados, indicadores que reportem à condição atual da organização, e às perspectivas futuras para o contexto. Estas perspectivas são desvendadas através da análise das anteriores, em relação de causa e efeito, e formalizam os prováveis indicadores de desempenho atualizados, proporcionando a previsão futura que determina o estabelecimento das ações a executar.

Travassos, Noronha & Martins (1999) definem indicadores de desempenho como medidores indiretos de qualidade que são utilizados como instrumento de monitoramento. Esses indicadores podem medir os aspectos comportamentais e de desempenho dos profissionais da saúde no processo de cuidado ao paciente, em mensuração do seu resultado. Dentro deste contexto revê-se a organização e o funcionamento do sistema de saúde público e privado, em medida da relação entre o que esta sendo prestado, em andamento ou encerrado, em movimento de apresentação de resultados e tendências.

Propõe Rezende (2008) que monitorar os riscos jurídicos que incidem sobre uma organização constitui-se na prática da atualização sistêmica de indicadores sobre a dinâmica de sua defensoria em função da judicialização promovida por clientes e “*stakeholders*”. Segundo Gonçalves (2006), o risco jurídico a que uma organização está exposta, demonstra-se principalmente na probabilidade de prejuízo administrativo, financeiro e/ou moral, advindos de resultados desfavoráveis em processos de judicialização. E para De Abreu Dallari (2017), judicialização significa o ato do cidadão buscar seus direitos constitucionais pelos meios jurídicos e oficiais.

Na perspectiva de Chiavenato (2008), as relações humanas no ambiente de trabalho podem produzir importantes indicadores de tendências, principalmente quando exposto a condições psicologicamente inóspitas e, suscetíveis a impactos comportamentais, em alteração do clima organizacional, que segundo Moreira (2012), trata-se do sentimento coletivo que os trabalhadores nutrem a respeito da empresa por meio das experiências vividas durante a prática contínua de suas políticas, relações laborais, processos, sistemas e valores. Demonstrando-se no formato de variável multidependente, geralmente evidenciado por pesquisa social, em formalização de indicadores de tendências que podem apontar o rumo da gestão de pessoas.

A cultura institucional, por definição de Moreira (2012), conceitua-se como o grupo de anseios, experiências e filosofia de trabalho dos recursos humanos da instituição, associados aos valores, costumes, crenças e mitos que orientam seu comportamento, exprimindo-se na imagem auto percebida, deslinde natural de processos internos, e na dinâmica de interfaces com o cliente e outras instituições.

Para Chiavenato (2005), a cultura institucional compõe-se determinante para a consolidação das expectativas para o futuro, é intrinsecamente sensível ao clima organizacional e, estabelece-se como fator preponderante para a modelagem dos valores da organização e da visão institucional.

O assunto tratado orbita preponderantemente a ideia da elucidação de fatos, situações e indicadores, em colaboração a formalização do planejamento estratégico da EAS em busca da qualidade no setor da saúde, e em atendimento a proficiência e eficiência organizacional esperada pelo SUS e órgãos de controle no desempenho das obrigações junto às políticas públicas contratualizadas e à sociedade.

Nesta consoante, confirma Donabedian (2002) que o foco central da qualidade na área da saúde é a preocupação com a melhora do indivíduo em tratamento, e propugna sustentáculos conceituais para sua consecução, a saber: efetividade; eficiência; eficácia; otimização; aceitabilidade; legitimidade; e equidade.

O posicionamento da qualidade dos registros em prontuários médicos, e seus instrumentos de avaliação no centro do cenário de estudo, como gerador consequencial de informações, dados e tendências, multifacetados e em pertinência à segurança jurídica e relações humanas na EAS, vão de encontro a percepção de Gribel & Moraes (2018), que a qualidade dos registros em prontuários se tornou reflexo da qualidade da assistência prestada, e também auxiliam no processo de tomada de decisões nas áreas clínicas e gerenciais, estes registros apresentam importantes ferramentas contribuindo como fonte de dados para nortear o planejamento de possíveis intervenções de forma estratégica, subsidiando os processos tanto nas áreas de gestão como nas diversas áreas de ensino, pesquisa, formulação, implementação e avaliação de políticas públicas, além de documentar demandas legais pertinentes, e segundo Siqueira *et al.* (2018), amparar o profissional da saúde quanto a segurança técnica no atendimento ao paciente e aos familiares.

4 APRESENTAÇÃO ANALÍTICA DOS DADOS

Neste capítulo apresenta-se os resultados das pesquisas realizadas, que possibilitaram a elucidação dos dados acerca da quantificação de judicializações em função da evolução ao óbito na EAS, por familiares e órgãos de controle, tangíveis ao aspecto comparativo de dados e influências entre os períodos de 2013-2014 e 2018-2019. Em continuidade, são apresentados os aspectos relevantes da pesquisa qualitativa capazes de clarificar características referentes a estrutura de tratamento dos registros documentais, instrumentos e rastreabilidade de dados da instituição estudada.

A análise de conteúdo, associada ao método de triangulação, em potencialização às técnicas de pesquisa desempenhadas, podem modelar com precisão satisfatória os aspectos contributivos da utilização do instrumento de avaliação documental de óbitos, em relação à cultura institucional, favorecimento do ambiente emocional de trabalho, e valorização do trabalhador, em aspecto evolutivo. O arcabouço de informações, tendências e interfaces, propiciam a construção do conhecimento sobre o cenário investigado, e em consequência, as pertinentes conclusões.

4.1 Aspectos da Pesquisa

A pesquisa apresenta aspectos descritivos, proporcionando o diagnóstico de situações, características, registros e variáveis do contexto; e possui caráter aplicativo, vez que, busca por meio da associação dos objetivos propostos, extrair dados firmemente analisados que possam contribuir para a efetividade do instrumento de avaliação de prontuários de óbitos, no campo da promoção de indicadores aplicáveis ao planejamento assertivo da gestão hospitalar em concernência ao desempenho administrativo-operacional. Segundo Gil (2010), justifica-se a pesquisa descritiva quando a finalidade se encontra inserida na ação prática, e corrobora Vergara (1997), ao afirmar que a pesquisa aplicada dedica-se a resolução de situações concretas.

Conforme a minuciosa descrição do caráter da pesquisa, abrangência populacional, dimensionamento amostral, métodos e técnicas, nos tópicos anteriormente a estes dedicados, a operacionalização da pesquisa buscou o evidenciamento da variação proporcional da incidência de Judicialização impetrada por familiares de pacientes que foram a óbito no HU-UEL, em relação ao número de óbitos apurados no período contemplado por 2013-2014, em comparação à variável de mesma essência matemática, referente ao período de 2018-2019.

Propõe De Abreu Dallari (2017), que muito embora o termo Judicialização, vem sendo empregado massivamente sobre o cenário das decisões políticas, judicialização, no sentido amplo de entendimento significa: busca por meios jurídicos e oficiais da materialização do direito do cidadão, ou o que a este entenda reparação justa.

Neste cenário, os familiares de pacientes em óbito, em caso de inconformismo, podem buscar Judicialização através de meios próprios, constituindo advogado como seu bastante procurador, que poderá formalizar petição em customização a sua reclamação ou designação de indício de culpa; ou recorrer ao Ministério Público, em suas esferas modais de atuação, na forma de denúncia, motivando-o a proceder verificação oficial dos indícios informados. Segundo Carlini (2018), no Brasil, a Judicialização na área da saúde pública, nos últimos vinte anos, tem se avolumado a ponto de desempenhar parcela relevante na atenção de magistrados de Primeira e Segunda Instâncias.

Em clarificação à estratégia adotada para a elucidação dos dados, discorre-se que a obtenção do número de ações judiciais impetradas por familiares de indivíduos que evoluíram a óbito no HU-UDEL, do número de eventos de questionamento dos órgãos de controle acerca dos óbitos ocorridos no HU-UDEL, e da incidência de questionamentos dos órgãos de controle sobre os óbitos que prosperaram judicialmente contra a instituição, foram inicialmente extraídos por meio de levantamento de dados secundários disponibilizados pela instituição à pesquisadora, pelo SAME/HU-UDEL e pela Assessoria Jurídica (AJ/HU-UDEL). Estes dados secundários obtidos, visam demonstrar a face documental e quantitativa da pesquisa, determinando a métrica dos eventos que permeiam o contexto.

Oportunizando-se de sua condição de pesquisadora participante, como fora descrito anteriormente, considerando o fato de desempenhar a função de Secretária de várias comissões, destacadamente da Comissão de Óbitos desde o ano de 2012, a autora emerge como conhecedora dos tempos e movimentos que compõem o cenário em estudo, entendendo pertinente a quantificação das variáveis supra elencadas nos períodos de 2013-2014, e posteriormente nos períodos de 2018-2019. Justifica-se a decisão, considerando-se algumas características destes períodos no campo estudado. A saber:

- No período 2013-2014 a Comissão de óbitos utilizava-se da versão do instrumento de avaliação de óbitos (anexo I), imediatamente anterior à versão utilizada no período de 2018-2019 (anexo II);
- Em meados de 2015 iniciou-se processo de aperfeiçoamento do instrumento de avaliação de óbitos, que finalizado no último trimestre de 2017, foi instituído naturalmente, tendo em vista seu desenvolvimento ter ocorrido no exercício da rotina, entre 2015 e 2017; e
- Concomitante ao período de transição supracitado, ocorreu a intensificação das ações para o aperfeiçoamento do Prontuário Médico do Paciente (PMP), visando como produto final a materialização do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), que até o presente, não ocorreu na sua completude.

Conforme Motta (1971), sistemas de variáveis interdependentes acusam includentemente cada fator primário de influência quando expostos ao aspecto comparativo entre cenários ou períodos temporais distintos. Nesta seara, considerando a judicialização da família, por inconformismo perante o óbito do ente querido - utilizando-se de seus próprios meios ou das prerrogativas do MP - como indicadores de sucesso ou insucesso quanto ao domínio de informações sobre o PMP ou PEP, pelas equipes envolvidas nos procedimentos operacionais, em suas competências, para que munidas de informações precisas acerca do histórico do indivíduo enquanto em internamento, possam fornecer esclarecimentos confiáveis e conclusivos, tanto aos familiares, quanto a AJ/HU-UEL em colaboração aos questionamentos dos órgãos de controle, MP e TJPR.

Prevê-se que sua variação entre os períodos estudados possa significar indiretamente o posicionamento do IAPO utilizado, quanto a sua efetividade no propósito educativo em referência ao manuseio, preenchimento e precisão praticados no PMP ou PEP.

Os desdobramentos estratégicos do planejamento da pesquisa depararam-se com situação decisória crítica no momento final da elucidação dos dados quantitativos, haja vista as opções que circunstancialmente apresentam-se:

- Opção 1 – Quando a pesquisa quantitativa apresentar resultados suficientemente robustos, indicando gradiente de evolução ou retração consideráveis, comparativamente entre os períodos de 2013-2014 e 2018-2019, aponta para a relevância do impacto da efetividade do instrumento de avaliação de óbitos na seara educativa institucional quanto às práxis envolvendo domínio e assertividade referentes ao PMP e/ou PEP. Neste sentido, a pesquisa qualitativa deve envidar esforços quanto a elucidação de aspectos referentes ao comprometimento e internalização nos procedimentos interativos dos operadores/atores no processo, pela ótica administrativa e social, em investigação das características de norteamento do instrumento de avaliação que retroalimentam o processo de utilização, manuseio e extração de informações do PMP e/ou PEP.
- Opção 2 – Quando a pesquisa quantitativa não apresentar resultados suficientemente robustos, indicando gradiente de evolução ou retração ínfimos ou nulos, e com comparação elucidatória entre os períodos de 2013-2014 e 2018-2019 inviabilizada tecnicamente quanto ao desempenho das amostras. Neste cenário, a pesquisa qualitativa deve servir-se à elucidação das características de norteamento do instrumento de avaliação que retroalimentam o processo de utilização, manuseio e extração de informações do PMP e/ou PEP, que podem influenciar – de forma construtiva ou degenerativa – quanto a: zona de conforto laboral dos operadores; solidificação da humanização; cultura institucional; e no clima organizacional. Podendo contribuir como propugnadores de indicadores em ferramenta de gestão.

Para desempenhar a pesquisa qualitativa, houve a aplicação do roteiro para entrevista da amostra-ql (Apêndice II), desenvolvido pela autora, com a finalidade de contemplar as necessidades de evidenciamento das duas opções supra apresentadas, aproveitando-se de sua privilegiada condição de observadora partícipe, com a finalidade de obter respostas a questões abertas que demonstram as percepções da amostra sobre o IAPO e/ou sobre o PEP, conforme conveniência espontânea do respondente, promovendo simultaneidade natural de dados, oportunizando o preenchimento de lacunas quanto a questões periféricas, de ordem sócio comportamental, obtidas indiretamente.

A ocorrência da pesquisa em ambiente laboral natural e rotineiro, contribuiu para a identificação de processos, aspectos culturais localizados e a interpolação de significações. Consubstancializa Kaufmann (2013), ao afirmar que o conforto e a sensação de segurança do respondente, compostos pela compreensão demonstrada pelo interlocutor e sua afinidade ao ambiente, o remete a externar naturalmente percepções normalmente retidas.

Investigação Quantitativa

Para a operacionalização da pesquisa quantitativa necessita-se clarificar seu campo de concernência e aplicabilidade. Conforme UEL (2020), o HU-UEL encontra-se consolidado em âmbito nacional como uma das mais importantes referências na assistência à saúde e na formação de profissionais da área de saúde, e constitui-se em Centro de Referência Regional e estratégico com atendimento exclusivo para o SUS. Configura-se órgão suplementar da UEL, diretamente vinculado à Reitoria e ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina (CCS-UEL), sendo o único hospital público de grande porte no Norte do Paraná. Desde 2002 vem estendendo sua abrangência sobre todas as regionais de saúde do Paraná e à diversas regiões do País, principalmente sul de São Paulo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e Rondônia.

ABRANGÊNCIA DA DEMANDA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UEL		
Localidade de origem	%	Municípios
17ª Regional de Saúde	6,00	21
Demais Regionais de Saúde do Paraná	74,29	260
Outros Estados (13)	19,71	69
Total	100	350

Quadro 1 Distribuição percentual da abrangência de atendimento do HU-UEL
Fonte: Adaptado de UEL (2020, p.56).

Estabelece HU-UEL (2013), que a administração superior da EAS é realizada pelo Conselho Diretor, que abarca, entre outros atores, a Diretoria Superintendente, Diretoria Clínica, Diretoria de Enfermagem e Diretoria Administrativa. Estas, por força de regimento interno subdividem-se estrategicamente em divisões, serviços e assessorias. Nesta composição, a AJ/HU-UEL e o Divisão de Assistência a Saúde da Comunidade do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (DASC/HU-UEL) encontram-se vinculados à Diretoria Superintendente, enquanto o SAME/HU-UEL e a CIAPO, subordinados diretamente à Diretoria Clínica.

Destaca-se como integrante do complexo HU-Uel, o Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (AEHU-Uel), que constitui-se unidade de apoio aos atendimentos ambulatoriais e consultas médicas. Segundo Uel (2020), o AEHU-Uel ocupa instalações com aproximadamente 10.000 m² de área construída no Campus Universitário da Uel, disto aproximadamente seis quilômetros do HU-Uel, e recebe grande fluxo de demanda, principalmente no que tange a consultas ambulatoriais gerais.

A pesquisa sobre dados secundários, de caráter quantitativo e documental, na busca inicial do evidenciamento da Variável 1, e seus desdobramentos em população 1-1 e população 1-2, em respectividade aos períodos 2013-2014 e 2018-2019, e para a formalização do cenário analítico, demandou a apuração dos dados referentes a quantificação e tipificação da demanda do HU-Uel, constituindo as diversas componentes do atendimento nos períodos em tela.

A tipificação de entrada, segundo HU-Uel (2013) e Uel (2020), materializa-se de duas formas de ingresso de indivíduos ao atendimento da EAS, sendo: por meio de atendimento emergencial no pronto socorro; e/ou por intermédio de consultas ambulatoriais ocorridas no HU-Uel, AEHU-Uel e DASC/HU-Uel, que prosperam para internação.

Para tanto, recorreu-se aos arquivos do SAME/HU-Uel, onde verificou-se: número total de atendimentos da EAS no período 2013-2014 na ordem de 337.535 indivíduos atendidos; enquanto no período 2018-2019 este número baixou para 311.512 atendimentos, demonstrando retração de 7,71%.

QUANTIFICAÇÃO DA DEMANDA NO HU-Uel - TIPIFICAÇÃO DE ENTRADA				
Tipo de Evento	Período		Período	
	2013	2014	2018	2019
Atendimentos médicos em Pronto Socorro no HU	33.432	31.836	25.485	27.780
Consultas ambulatoriais gerais no HU	43.169	30.810	25.253	24.662
Consultas ambulatoriais gerais no AEHU	85.380	81.781	94.363	92.320
Consultas ambulatoriais gerais no DASC-HU	15.538	15.589	11.479	10.170
TOTAL das Consultas ambulatoriais gerais	144.087	128.180	131.095	127.152
TOTAL (Pronto Socorro + Ambulatórios)	177.519	160.016	156.580	154.932
	337.535		311.512	
Percentual de internações em relação a procura (%)	6,61	7,14	8,93	9,84
Número de Internações	11.736	11.422	13.986	15.242
	23.158		29.228	

Quadro 2 Quantificação da demanda no HU-Uel – Tipificação de entrada.

Fonte: Elaborado pela autora à partir de dados compilados dos arquivos do SAME/HU-Uel em 08 jun. 2021.

Em continuidade evidenciou-se que dos atendimentos promovidos no período 2013-2014, 23.158 dos casos resultaram em internação, auferindo proporcionalidade percentual média de internações em relação à procura de 6,86%; enquanto no período 2018-2019 percebeu-se a incidência de 29.228 internações, com proporcionalidade percentual média de internações em relação à procura de 9,38%.

Estabelecia CFM (2013), que para todo paciente hospitalizado deve haver a nomeação de um médico assistente responsável, desde a sua internação até a sua alta hospitalar. HU-UEL (2013), em complementação normativa, estabeleceu a nomenclatura modal do movimento de saída da internação dos indivíduos em tratamento como: alta curado; e alta óbito. Cabe lembrar que por força da CFM (2021), ocorreu a revogação da CFM (2013) em 24 de maio de 2021, por perda do objeto, entretanto, sua essência regulatória permanece culturalmente nos processos internos da EAS.

Em prosseguimento, a quantificação e proporcionalização das ocorrências de internações que evoluíram óbito no HU-UEL, nos períodos 2013-2014 e 2018-2019, de forma a possibilitar o aspecto comparativo, utilizou-se das informações disponibilizadas à autora por meio dos arquivos do SAME/HU-UEL, e em adaptação ocorreu a disposição evolutiva da Variável 1, apresentada no Quadro 3.

QUANTIFICAÇÃO/TIPIFICAÇÃO DA SAÍDA DOS PACIENTES INTERNADOS NO HU-UEL				
Tipo de Evento	Período		Período	
	2013	2014	2018	2019
Alta Curado	10.936	10.582	13.086	14.262
Alta Óbito (variável 1)	800	840	900	980
	1.640		1.880	
Taxa de mortalidade em relação ao internamento	7,08		6,43	

Quadro 3 Quantificação/Tipificação da saída dos pacientes internados no HU-UEL.

Fonte: Elaborado pela autora à partir de dados compilados dos arquivos do SAME/HU-UEL em 08 jun. 2021.

Apurou-se que das 23.158 internações ocorridas no período 2013-2014, 1.640 indivíduos em tratamento evoluíram para o óbito, configurando taxa de mortalidade em relação a internação de 7,08%, enquanto no período 2018-2019 ocorreram 1.880 óbitos entre os 29.228 indivíduos internados, formalizando taxa de mortalidade em relação a internação de 6,43%. Em consulta a UEL (2020), depreende-se que a Taxa de Mortalidade Geral na EAS, em média histórica, contemplando os períodos de 2010 a 2019, foi de 6,59%.

A formalização de reclamação à ouvidoria com evolução para o peticionamento judicial via meios próprios, que vide regra, migra na forma de indicador popular geralmente para sensibilização do MPPR e mais precisamente para averiguação da PJDSP-PR, constitui-se em importante variável para a análise proposta, que pode demonstrar em direta proporção a insatisfação dos familiares de indivíduos nuperfalecidos, em relação ao desfecho do tratamento. Para Gomes et al (2017), as notórias condições de risco de morte concernentes ao ambiente de internação hospitalar e a angústia gerada pelos desdobramentos do tratamento, associados a insatisfação quanto as informações recebidas, impelem o familiar à possibilidade da busca judicial de reparação pelo óbito do ente querido. Nesta seara, Mendes (2009) destaca que o artigo 1.545 do Código Civil Brasileiro estipula que médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e dentistas são obrigados a satisfazer o dano, oriundo da imprudência, negligência, ou imperícia, em atos profissionais que resultem em morte, incapacitação ou ferimento. Corroborar Policastro (2013) ao esclarecer que o hospital ou instituição que hospedou a ocasião do erro médico poderá ser vinculado por culpa concorrente, desde que se observe nas condições físicas e estruturais, o nexo causal.

O evidenciamento do número de ações impetradas por familiares de pacientes que evoluíram a óbito no HU-UDEL – Variável 2 – e seus desdobramentos em população 2-1 e população 2-2, em respectividade aos períodos 2013-2014 e 2018-2019, foi obtido por meio de consulta aos arquivos do SAME/HU-UDEL em associação aos dados disponibilizados pela AJ/HU-UDEL. Apurou-se que dos 1.640 indivíduos que foram a óbito no período 2013-2014, ocorreram 8 ações impetradas por familiares (incidência de 0,48%), enquanto no período de 2018-2019, dos 1.880 óbitos ocorridos, houve 3 eventos similares (incidência de 0,16%). Destaca-se o fato da não ocorrência de ações impetradas por familiares de pacientes que evoluíram a óbito no HU-UDEL no ano de 2019. A obtenção quantitativa dos questionamentos acerca de óbitos ocorridos no HU-UDEL, oriundos da PJDSP-PR, MPPR e TJPR – variável 3 – perpassa pela clarificação da variável 2, e dada a inexistência de classificação destes dados nos anais do SAME/HU-UDEL e AJ/HU-UDEL, demandou levantamento do universo geral da situação, para que em processo de refino e classificação, partindo do levantamento do total dos questionamentos gerais encaminhados ao HU-UDEL concernentes a todas as motivações, a autora formalizasse o cadastro de questionamentos encaminhados ao HU-UDEL, referentes a todos os motivos reclamados, oriundos unicamente do MPPR, PJDSP-PR, e Varas Cíveis e Criminais do TJPR.

De posse destas informações, por meio de processo de tabulação e classificação de dados, evolui-se para a quantificação dos questionamentos encaminhados ao HU-UEL, exclusivamente acerca de óbitos, pelo MPPR, PJDSP-PR, e Varas Cíveis e Criminais do TJPR. Conforme MPPR (2021), seu objetivo, de forma direta ou por meio da PJDSP-PR, no âmbito do SUS, é agir em face da comunidade, das instituições públicas e privadas e do poder público, nas esferas administrativa e judicial, para a garantia do cumprimento da legislação, principalmente, do acesso universal aos serviços de saúde com resolutividade e no tempo certo. Para isso, antes de recorrer ao Poder Judiciário, o MPPR intervém junto a gestores e prestadores de serviços, trabalhadores e entidades da sociedade voltados para esse propósito, solicitando esclarecimentos sobre as situações ou fatores geradores da reclamação ou demanda.

Neste sentido, quando a celeuma excede o campo ou a efetividade da intervenção do MPPR, este formaliza denúncia ou solicita impetração de ação judicial ou abertura de inquérito junto ao Poder Judiciário, representado pelo TJPR em suas varas cíveis e criminais. Tal condição estabelece irrefutavelmente a delimitação da pesquisa quantitativa.

Nesta linha, em constituição do Quadro 4, dispõe-se que no período 2013-2014, os questionamentos gerais, oriundos dos diversos órgãos de controle e fiscalização disponíveis ao cidadão, encaminhados ao HU-UEL, concernentes a todas as motivações, incidiram na ordem de 2.097 eventos, enquanto no período de 2018-2019 foram 1.969 ocorrências. Realizou-se verificação de todos os documentos oriundos destes órgãos que questionaram o HU-UEL, a saber:

- Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente;
- Conselho Estadual de Saúde;
- Conselho Regional de Medicina;
- Conselho Tutelar do Município de Londrina;
- Secretaria da Fazenda do Estado do Paraná;
- Secretaria da Saúde do Estado do Paraná;
- 17ª Regional de Saúde – Londrina - PR;
- Ministério da Saúde;
- Autarquia Municipal da Saúde de Londrina;

- Varas Criminais dos municípios de Bandeirantes, Cambé, Carlópolis, Ibiporã, Primeiro de Maio, Sertanópolis e Bela Vista do Paraíso;
- 1ª, 2ª, 3ª, 4ª e 8ª Vara Federal de Londrina;
- Vara da Família de Mamborê;
- Varas da Fazenda Pública de: Londrina, Ribeirão Claro e Porecatu;
- PJDSP-PR das Comarcas de: Londrina, Ibiporã, Jaguariaiva, Apucarana, Ivaiporã, Rolândia, Cornélio Procópio e Cambé;
- PJDSP-PR das Comarcas de: Bela Vista do Paraíso, Jaguapitã, Sertanópolis, Ibaíti, Santa Mariana, São João do Ivaí, Tomazina e Umuarama;
- Departamento Penitenciário do Estado do Paraná;
- 4ª Companhia Independente da Polícia Militar do Paraná;
- 10ª Subdivisão Policial de Londrina – Polícia Civil - PR;
- Distritos Policiais dos municípios de: Carlópolis, Centenário do Sul, Marilândia do Sul, Cambé, Sertanópolis, Cornélio Procópio, Cambora;
- Delegacias da Polícia Civil dos municípios de Nova Londrina, Rolândia, São Jerônimo da Serra, Bandeirantes, Ibiporã, Bela Vista do Paraíso, Assaí, Jacarezinho, Ortigueira, Araongas e Cascavel;
- Defensoria Pública do Estado do Paraná: Londrina e Francisco Beltrão; e
- Procuradoria da República: Londrina e Maringá.

No processo de refino e classificação das ocorrências de questionamento, apurou-se as motivações elencadas a seguir em ordem decrescente: solicitação de leitos; solicitação e disponibilização de medicamentos; solicitação de esclarecimentos sobre cirurgias; fornecimentos de próteses; esclarecimentos de atendimentos realizados e não realizados; esclarecimentos a cerca de óbitos; solicitação de cópias de prontuários; autorização de visitas; solicitação de relatórios médicos; e processos de indenização.

Destes, apurou-se que no período de 2013-2014 houve 1.055 questionamentos oriundos do MPPR, PJDSP-PR, e Varas Cíveis e Criminais do TJPR, enquanto no período de 2018-2019 este número diminuiu para 635, perfazendo 50,31% e 32,25%, respectivamente, do total geral de questionamentos. Destaca-se a discrepância numérica evidenciada no ano de 2019 – 24 questionamentos – inferindo à análise dedicada ao indicador no desfecho.

Em evolução do processo de tabulação e classificação de dados, obteve-se a quantificação dos questionamentos encaminhados ao HU-UUEL, exclusivamente acerca de óbitos, pelo MPPR, PJDSP-PR, e Varas Cíveis e Criminais do TJPR – variável 3 - materializados em 25 casos para o período 2013-2014 e 25 casos para o período de 2018-2019, perfazendo 2,37% e 3,94%, respectivamente, do total de questionamentos oriundos do MPPR, PJDSP-PR, e Varas Cíveis e Criminais do TJPR, sobre as diversas motivações.

Ao afilar o processo classificatório para o evidenciamento quantitativo dos questionamentos acerca de óbitos ocorridos no HU-UUEL, oriundos do MPPR, PJDSP-PR e TJPR, que prosperaram a ações judiciais – variável 4 – deparou-se com sua não ocorrência nos períodos 2013-2014 e 2018-2019, demandando aplicação de mecanismo de confirmação. Recomenda Polit & Beck (2011), que na ocorrência de discrepâncias ou suspeita de vícios, quanto aos dados obtidos em pesquisas quantitativas, deve-se aplicar mecanismos de confirmação utilizando-se de fontes diversificadas.

DEMONSTRATIVO NUMÉRICO DAS VARIÁVEIS QUANTITATIVAS PESQUISADAS				
Descrição da Variável	Período		Período	
	2013	2014	2018	2019
Ocorrência de óbito (variável 1)	800	840	900	980
	1.640		1.880	
Numero de ações impetradas por familiares de pacientes que evoluíram a óbito no HU-UUEL (variável 2)	2	6	3	0
	8		3	
Questionamentos gerais encaminhados ao HU-UUEL - Totalidade	1.203	894	1.019	950
	2.097		1.969	
Questionamentos gerais encaminhados ao HU-UUEL por: MPPR, PJDSP-PR, e Varas Cíveis e Varas Criminais do TJPR	524	531	611	24
	1.055		635	
Questionamentos ao HU-UUEL (óbitos) por: MPPR, PJDSP-PR, e Varas Cíveis e Varas Criminais do TJPR (variável 3)	9	16	18	7
	25		25	
Questionamentos (óbitos - PJDSP-PR, MPPR e TJPR, que prosperaram à ações judiciais - variavel 4)	0	0	0	0
	0		0	

Quadro 4 Demonstrativo numérico das variáveis quantitativas pesquisadas.

Fonte: Elaborado pela autora à partir de dados compilados dos arquivos do SAME/HU-UUEL e AJ/HU-UUEL em 08 jun. 2021.

Em movimento de confirmação, buscou-se informações em âmbito externo à EAS, junto aos sistemas digitais: ProJudi; e CDCL, haja vista a Comarca de Londrina – PR apresentar-se oficialmente como foro jurídico do HU-UUEL. Ensina Negrão (2017), que Foro Jurídico é a competência territorial para o ajuizamento da ação, constituído em ordem inicial no foro de domicílio do réu.

CONFIRMAÇÃO DO RESULTADO - VARIÁVEL 4				
Descrição da Variável	Período		Período	
	2013	2014	2018	2019
Ações Judiciais que prosperaram contra o HU-UEL em todas as instâncias jurídicas (sem classificação motivacional)	140	170	150	170
	310		320	
Ações Judiciais que prosperaram contra o HU-UEL em todas as instâncias jurídicas (exclusivamente por motivo de óbito)	0	0	0	0
	0		0	

Quadro 5 Demonstrativo de confirmação numérica da variável 4.

Fonte: Elaborado pela autora à partir de dados compilados do ProJudi e CDCL em 09 jun. 2021.

Apurou-se junto ao CDCL a ocorrência de 630 ações judiciais impetradas em desfavor do HU-UEL, por meio de certidão fornecida pelo órgão em resposta à petição da autora. No entanto, em análise unitariamente dedicada evidenciou-se a não incidência de ações judiciais tendo o óbito como motivação. Assim como não houve evidenciamento da existência de ações judiciais motivadas pelo óbito em andamento ou iniciadas nos períodos 2013-2014 e 2018-2019, nos arquivos digitais do ProJudi.

Investigação Qualitativa

A inicial insuficiência matemática dos resultados apresentados pela pesquisa quantitativa no sentido do estabelecimento de relações de causa e efeito entre a sutil variação - inter períodos de comparação – da variável 4 em função da variável 1, e a aplicação do IAPO versão 2013-2014 e do IAPO versão 2018-2019, aliada às inconsistências encontradas no estudo dos dados das variáveis 2 e 3, destacadamente no subperíodo de 2019, culminando com o evidenciamento da não existência de ações judiciais motivadas pelo óbito, em andamento ou iniciadas nos períodos 2013-2014 e 2018-2019 em desfavor da instituição, apontam este estudo para a direção proposta na opção 2, em delineamento da pesquisa qualitativa.

À partir deste ponto, desconsiderando-se os malefícios judiciais impostos a EAS, com impacto no campo administrativo, que poderiam ser gerados por ações judiciais concretas acerca do óbito, reposiciona-se a pesquisa qualitativa, estrategicamente à clarificação das características – construtivas e/ou degenerativas - do IAPO que retroalimentam o processo de utilização, manuseio e extração de informações do PMP e/ou PEP, que podem influenciar quanto a: zona de conforto laboral dos operadores; subsídios para humanização; cultura institucional; e no clima organizacional, nos períodos de comparação 2013-2014 e 2018-2019.

Ao exprimir o caráter transitório da verificação da problemática na pesquisa social, em virtude da essência compreensiva da entrevista, Kaufmann (2013) aufere robustez à técnica:

“A entrevista compreensiva... ..inverte as fases da construção do objeto: o trabalho de campo não é mais uma instancia de verificação da problemática preestabelecida, mas o ponto de partida desta problematização” (KAUFMANN, 2013, p. 81).

Nesta consoante, a aplicação do roteiro para entrevistas à amostra-ql ocorreu entre 14/05/2021 e 28/05/2021, obedecendo sequencia estratégica em função da estratificação da amostra-ql e importância de cada estrato no contexto, relevância do respondente em seu estrato e influência interestratos do respondente. Para Bardin (1977), o dimensionamento adotado e a adequada estratificação da amostra, em abrangência ao conhecimento de sua relevância no contexto, são etapas fundamentais para o sucesso da análise de conteúdo.

O dimensionamento da amostra-ql selecionou vinte e cinco respondentes, em abrangência amostral integral (100% da população), especificamente estratificadas em: enfermeiros assistencialistas, docentes de enfermagem, médicos assistencialistas; docentes médicos; e assessores jurídicos. Conforme disposto em HU-UDEL (2013), a saber:

- Enfermeiro assistencialista: servidor do HU-UDEL, profissional da saúde com formação superior em enfermagem e perfil profissiográfico específico para o atendimento assistencial nos diversos setores da EAS;
- Docente de enfermagem: servidor do CCS-UDEL, docente do curso de enfermagem, detentor de todos os pré-requisitos, e abrangência total do ensino teórico e prático;
- Médico assistencialista: servidor do HU-UDEL, profissional da saúde com formação superior em medicina e perfil profissiográfico específico para o atendimento assistencial nos diversos setores da EAS;
- Docente médico: servidor do CCS-UDEL, docente do curso de medicina, detentor de todos os pré-requisitos, e abrangência total do ensino teórico e prático; e

- Assessor jurídico: servidor do HU-UEL, profissional com formação superior em direito, devidamente registrado na Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), com perfil profissiográfico específico para representar a instituição em todas as instâncias judiciais, garantindo a preservação da sua segurança jurídica.

Cabe destacar que em alguns casos o profissional docente pode acumular atividades assistencialistas, e que todos os respondentes selecionados descrevem estreito relacionamento com os PMPs, PEPs, e em diferentes níveis, com os IAPOs referentes aos períodos de comparação 2013-2014 e 2018-2019.

A construção do roteiro de entrevistas para a amostra-ql (Apendice II) materializou-se para a satisfação da necessidade de aliar a busca de informações de essência direta e pertinentes a opiniões acerca do rigor técnico dos PMPs e PEPs, ao envolvimento evolutivamente emocional dos respondentes, para obtenção de dados indiretos sobre percepções acerca de aspectos relativos ao contexto laboral impactado, para em processamento analítico possibilitar a sua interpretação e expressão das percepções coletivas, em explicitação dos conteúdos. Para tanto, o roteiro de entrevistas aplicado à amostra-ql é constituído de três blocos estruturais, sendo:

- Bloco introdutório - contendo elementos de classificação funcional e laboral do respondente, acrescidos da confirmação para estratificação inicial da amostra (Questões 1 e 2);
- Bloco responsivo – contendo questionamentos diretos sobre a essência técnica dos PMPs e PEPs, imputando correlacionamento indireto de conceitos em regime de causa e efeito, em disposição binária (Questões 3, 4 e 5); e
- Bloco Compreensivo – dotado de elementos estimuladores do respondente ao correlacionamento das opiniões técnicas aos aspectos referentes às suas percepções, crenças e valores individuais (Questões 6 e 7), e redundantemente, apresenta-se na questão 8, correlacionamento indireto de conceitos em regime causa e efeito, em disposição binária, em disposição estratégica, imediatamente após o exercício provocado.

Ensina Bardin (1977), que as significações das mensagens emitidas pelo respondente, em análise do conteúdo, podem conter, além da relação de pertinência direta ao objeto, correlação indireta com objetos que orbitam as experiências vividas pelos indivíduos. E neste sentido, discorre:

...“muitas vezes, os conteúdos encontrados encontram-se ligados a outra coisa, ou seja, aos códigos que contêm, suportam e estruturam estas significações, ou então, às significações <<segundas>> que estas significações primeiras escondem, e que a análise, contudo, procura extrair: mitos símbolos e valores, todos estes sentidos segundos que se movem com descrição e experiência sob o sentido primeiro” (BARDIN, 1977, p. 135).

Destaca-se ainda como características do roteiro de entrevistas para a amostra-ql:

- Questões relacionadas essencialmente aos PMPs e PEP, abrangendo o conhecimento e a experiência relacional laboral dos respondentes não membros da CIAPO, e portanto, não afetos aos processos avaliatórios promovidos pelos IAPOs; e
- Condição livre para os respondentes valerem-se dos campos da coluna esquerda para realizar comentários e complementações de respostas, utilizados amplamente pelos respondentes membros da CIAPO em alusão aos IAPOs, produzindo respostas naturalmente espontâneas.

Na busca da viabilização da tabulação, elegendo respostas similares por assunto e obtenção dos conteúdos organizadamente apresentados por estratos, em preparação para a etapa de explicitação do conteúdo, a estratificação das amostras determinou a codificação dos fragmentos formalizados apresentada no Quadro 6.

Observa-se que relevante parcela de respondentes compõem os estratos referentes aos dois períodos comparativos, caracterizando pouca renovação no grupo afeto às atividades estudadas, gerando como consequência, evidente interferência destes respondentes interestratos.

ESTRATIFICAÇÃO CODIFICADA DA AMOSTRA-ql				
Código do estrato	Composição do estrato			
	Código	Descrição da característica	ID dos respondentes	% da amostra
1.I.A	1	Período 2013-2014	2, 9, 11, 12, 24 e 25	24
	I	Membro da CIAPO		
	A	Enfermeiro assistencialista		
1.I.B	1	Período 2013-2014	23	4
	I	Membro da CIAPO		
	B	Docente de enfermagem		
1.I.C	1	Período 2013-2014	3, 8, 18 e 20	16
	I	Membro da CIAPO		
	C	Médico docente e assistencialista		
1.II.D	1	Período 2013-2014	4, 5, 6, 13, 19 e 22	24
	II	Não membro da CIAPO		
	D	Médico assistencialista		
1.II.E	1	Período 2013-2014	10	4
	II	Não membro da CIAPO		
	E	Médico docente		
1.II.F	1	Período 2013-2014	14 e 17	8
	II	Não membro da CIAPO		
	F	Assessores jurídicos		
2.I.A	2	Período 2018-2019	1, 2, 9, 11, 12, 15, 16, 21, 24 e 25	40
	I	Membro da CIAPO		
	A	Enfermeiro assistencialista		
2.I.B	2	Período 2018-2019	23	4
	I	Membro da CIAPO		
	B	Docente de enfermagem		
2.I.C	2	Período 2018-2019	3, 8, 18 e 20	16
	I	Membro da CIAPO		
	C	Médico docente e assistencialista		
2.II.B	2	Período 2018-2019	7	4
	II	Não membro da CIAPO		
	B	Docente de enfermagem		
2.II.D	2	Período 2018-2019	4, 5, 6, 13, 19 e 22	24
	II	Não membro da CIAPO		
	D	Médico assistencialista		
2.II.E	2	Período 2018-2019	10	4
	II	Não membro da CIAPO		
	E	Médico docente		
2.II.F	2	Período 2018-2019	14 e 17	8
	II	Não membro da CIAPO		
	F	Assessores jurídicos		

Quadro 6 Estratificação codificada da amostra-ql.
Fonte: Elaborado pela autora em 15 jun. 2021.

A condição imediatamente supra elencada denota percentual de sobreposição estratificada de aproximadamente 80%. Na visão de Triviños (1987), eventuais sobreposições amostrais, quando necessárias, exigem do pesquisador amplo conhecimento do contexto para evitar distorções analíticas do conteúdo, recomendando sua permissão para casos de pesquisa participante.

Os dados coletados foram classificados a partir da estratificação amostral demonstrada, em associação a importância do respondente no contexto e similarização de respostas; seguida da triangulação metodológica de dados, associando similaridades e dispersões nas respostas e significações, à qualificação do respondente nos processos, cenário organizacional e contexto sócio-laboral. Segundo De Souza Minayo, De Assis & De Souza (2005), a triangulação metodológica de dados, deve desempenhar abrangência transversal ao contexto em estudo, tanto em dados como em técnicas e métodos.

Na perspectiva de Bardin (1977), a classificação conceitual, categorização e codificação de dados, formam o conjunto de técnicas que permite a inferência e apreciação objetiva da mensagem. Neste sentido, a sistematização do conteúdo proporcionou: a clarificação da essência das percepções dos respondentes, por meio das correlações entre respostas, e a transformação do emaranhado de significações em tecido organizado, constituindo o aperfeiçoamento da tabulação; e a codificação dos dados classificados e tabulados. A interpretação dos resultados, incluindo a comparação interestratos e períodos, subsidiaram a tradução dos dados analisados em percepções coletivas, que em processamento convergente pode contribuir para a constituição de indicadores e a formalização de recomendações, dotados de suficiência para, na qualidade de ferramenta de gestão, sistematizar medidas para o aperfeiçoamento contínuo do IAPO, PMP e PEP completos, adequados e efetivos, no ensejo do desempenho da gestão pública.

4.2 Os Prontuários Médicos

Por meio da literatura técnica consagrada, e arcabouço legal em vigor, apresentados em tópicos anteriores, destaca-se o caráter pacificado da importância técnica, laboral, institucional e jurídica da existência dos prontuários médicos individualizados, bem como seu adequado manuseio e utilização nas rotinas laborais das EAS. Definido como documento único e individualizado, que deve conter todas as informações pertinentes e fidelizadas aos fatos e seus desdobramentos sobre o histórico evolutivo do paciente, abrange na completude, todo o período de assistência, da entrada do indivíduo à sua saída da EAS. Além destes conceitos, CFM (2017) estabelece sua essência legal, sigilosa e científica, portanto, segundo Silva & Tavares-Neto (2007), as anotações no prontuário médico devem ser realizadas de forma verossímil e completa, para o não comprometimento da rastreabilidade e reconstrução histórica.

Em atendimento a CFM (2017), a EAS campo deste estudo, por meio de HU/UEL (2013), estabelece a imprescindível utilização dos prontuários médicos ou fichas clínicas, dedicados a cada paciente, e recomenda sua atualização e aperfeiçoamento sempre que possível e necessário. Neste sentido, em associação analítica aos resultados obtidos em campo, apresentam-se os pertinentes documentos praticados na instituição nos períodos alvo desta pesquisa: PMP referente ao período 2013-2014; e PEP referente ao período 2018-2019.

O Prontuário Médico do Paciente

Conforme clarificado anteriormente, no período de 2013-2014, o HU-UEL utilizava exclusivamente o PMP, em versão física (impressa), que demandava preenchimento caligráfico de campos pré-dispostos em fichas sequenciais dedicadas a descrição técnica individualizada dos procedimentos realizados, devidamente exemplificados no Anexo III, e a seguir elencadas:

- Ficha de internação e resumo de alta – trata-se da folha de rosto do PMP, que deve ser preenchida gradualmente em norteamento sequencial dos desdobramentos específicos, onde consta o resumo da trajetória do paciente durante o período de internação, distribuído em campos referentes ao termo de responsabilidade, identificação e origem do paciente, diagnóstico de internação, diagnóstico de saída, tratamentos utilizados, e condições de saída;
- Ficha de anamnese – refere-se aos procedimentos de consulta inicial e quando possível entrevista investigativa ao paciente;
- Formulário Adendo de Internação – específico a cada clínica/enfermaria, contempla dados complementares acerca do paciente em internação e apontamentos iniciais para os procedimentos necessários;
- Formulário de evolução clínica – padronizado pela EAS, contendo campos para anotações sobre a evolução da doença e suas complicações, consultas, mudanças de diagnóstico, condições de alta e instruções ao paciente, devidamente identificadas por data e rubricadas pelo médico;

- Formulário de prescrição médica – padronizado pela EAS, devendo conter a prescrição medicamentosa, e as anotações pertinentes a sua rotina de administração, horários e observações, na forma de relatório integrado de enfermagem;
- Formulário de prescrição de enfermagem – ficha diária, padronizada pela EAS, contendo a prescrição de procedimentos, rotina de administração e manobras, horários, observações e anotações de enfermagem. Identifica o paciente, nº do prontuário, leito, nº de atendimento, clínica, dias de internação, grau de dependência e diagnóstico, além do nome do profissional que realizou o registro;
- Formulário de anotações da enfermagem – específico a cada clínica/enfermaria, dotado de grade de anotações acerca da rotina diária dos procedimentos de enfermagem com indicação do horário e identificação do profissional via assinatura;
- Formulários de parâmetros fisiológicos - específico a cada clínica/enfermaria, dotado de grade de registros da rotina diária do paciente quanto a sinais vitais, procedimentos e manobras, ingestão, eliminações e condições de drenos, devidamente identificados com o nome do enfermeiro responsável e seu respectivo registro no Conselho Regional de Enfermagem (COREN);
- Formulários de requisição de exames – específicos a cada clínica/setor, contendo dados de identificação do paciente, especificação do exame, resumo clínico, diagnósticos prévio e provável, e finalidade;
- Formulário de Pedido de Consultas à clínicas especializadas – Padronizado pela EAS, apresentando a identificação da clínica, identificação do paciente e do médico consultante, motivo da solicitação e relatório da consulta, devidamente datado e assinado pelo médico;

- Formulário de avaliação perioperatória para procedimentos cirúrgicos – Padronizado pela EAS, refere-se, em função do procedimento cirúrgico prescrito, a descrição do histórico, antecedentes pessoais médicos, resultados resumidos do exame físico e de exames complementares, orientações gerais e avaliação, e avaliação do risco cirúrgico, contendo data, identificação do médico solicitante e dos responsáveis médicos pela avaliação;
- Ficha de anestesia – padronizado pela EAS, contendo os dados técnicos acerca da administração da anestesia e cronograma de monitoramento do paciente pelo período referente aos procedimentos cirúrgicos, devidamente identificados, bem como, identificação do paciente, data do procedimento, cirurgia e cirurgiões;
- Ficha de rastreabilidade dos materiais esterilizados em procedimentos cirúrgicos – padronizado pela EAS, trata-se de ficha simples, datada, com identificação do paciente, do procedimento cirúrgico, do cirurgião, circulante e integrador químico, além de campo para descrição livre dos materiais utilizados;
- Ficha de solicitações de antimicrobianos – padronizado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), datado, contendo diagnósticos infecciosos, procedimentos invasivos, condições de contaminação pós-operatórias, coleta de culturas, antimicrobianos prescritos e justificativa, registro da liberação da medicação antibiótica, acompanhada da identificação da farmácia, dados de internação do paciente, do requisitante e do médico da CCIH;
- Laudo de evolução clínica para o Instituto Médico Legal (IML) – padronizado pela EAS, trata-se de ofício de encaminhamento do cadáver ao diretor do IML, datado, contendo o nome do nuperafalecido, histórico de atendimento, data da internação, data e horário do óbito, assinatura e registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) do médico que evidenciou e atestou o óbito;
- Declaração de Óbito padrão oficial do Ministério da Saúde/Secretaria da Saúde – dotado de numeração de controle e rastreabilidade; e

- Atestado de óbito para o SAME/HU-UEL – padronizado pela EAS, contendo o nome do paciente, número do PMP, número da Declaração de Óbito, data e horário do óbito, descrição do diagnóstico de óbito, nome e CRM do médico que atestou o óbito, data e assinatura do secretário administrativo da unidade, responsável pelo preenchimento.

Destaca-se a necessidade de cada documento supra elencado, quando pertinente, ter imediatamente apensado a si, em forma de anexo, os resultados de suas solicitações e seus respectivos laudos e relatórios, considerando a data do documento desencadeador da ação como referência para o correto sequenciamento cronológico do PMP.

A cultura e memória institucional da EAS demonstram que o formato apresentado pelo PMP no período 2013-2014, é resultado de construção evolutiva iniciada pelos docentes precursores da instituição ao longo de sua história, fundamentados pela experiência prática em aperfeiçoamento empírico, e utilização do conhecimento tácito no transcorrer das atividades. Neste sentido, iniciou-se a investigação qualitativa com a apuração das percepções acerca do rigor de forma, cronologia documental e de registros, aplicabilidade e aspectos referentes a promoção da rastreabilidade mostram-se relevantes, por se tratar de elementos conceituais do documento.

Ao aplicar a pesquisa de campo aos estratos 1.I.A e 1.I.B, observou-se que aproximadamente 85% dos respondentes considerou a adequação estética e de forma do PMP, regular ou ruim. Em contraponto, no mesmo quesito, os componentes do estrato 1.I.C auferem menção de adequado ou bom, demonstrando a dicotomia de entendimento entre os estratos acerca da disposição físico-formal do documento, em direta proporção ao aspecto previsionista no âmbito da aplicabilidade.

Corroborando ao observado, as colocações do estrato 1.II.D e 1.II.E que, em visão geral consideram o quesito bom ou ótimo, iniciando a formalização de linha divisória entre percepções, determinada pela característica de utilização do documento pelo indivíduo, lembrando-se que os estratos 1.I.C, 1.II.D e 1.II.E, são formados por médicos que exercem funções de docência e/ou assistencialista, relação analítico-prescritória quanto ao PMP, e de formas diversas compõem remanescência sucessória histórica do grupo de composição documento.

Quanto a cronologia documental e de registros, e aplicabilidade, os estratos 1.I.A, 1.I.B, 1.I.C, 1.II.D e 1.II.E, concordam entre si, ao declararem em sua maioria que o documento é de boa aplicabilidade, e em geral possui adequada cronologia documental. No entanto, percebe-se que a questão foi tratada inicialmente pelos respondentes como prova de conhecimento acerca da condição ideal teorizada do tema, produzindo locuções ilustrativas, como:

É boa pois consegue levantar vários episódios relevantes (Respondente nº 9).

É adequado para coleta de dados (Respondente nº 3).

Na sequência pôde-se observar aspectos parcialmente contraditórios ao entendimento direto, supra explicitado, quando os respondentes dos estratos 1.I.A, 1.I.B e 1.I.C expuseram sua opinião a respeito da clareza e agilidade de interpretação, perfazendo incidência acima de 70% de menções regular ou ruim, incluindo manifestações detalhadas, conforme exemplificado:

Depende do volume do prontuário, tempo de atendimento do paciente em nosso serviço. Pacientes em longa permanência de atendimento temos muitos profissionais que manipularam o prontuário e nem sempre a anotação da informação não correspondia com a sua importância, o que desfavorece a clareza e agilidade para interpretar (Respondente nº 25)

Tratando-se dos estratos 1.II.D e 1.II.E, ainda em elucidação do quesito clareza e agilidade de interpretação, nas respostas obtidas, encontram-se aspectos contraditórios à visão demonstrada nas questões: cronologia documental e de registros; e aplicabilidade. Ainda que em menor escala que nos estratos imediatamente anteriores, estes, de forma geral declaram observar clareza no PMP, entretanto consideram ser de interpretação pouco ágil, auferindo o fato às falhas de preenchimento, em ineficiência da interface humana com o documento. Traduz este entendimento, a precisão de algumas respostas obtidas:

É claro, mas não ágil, precisa de muita procura (Respondente nº 19)

Clareza depende do profissional que registra a informação (Respondente nº 4).

Na perspectiva de Bolfarine & De Oliveira Bussab (2005), quando o estudo de multivariáveis interdependentes gera conflitos ou discrepâncias, principalmente de ordem bipolarizada, deve-se investigar fatores externos ao conjunto. Neste ponto, aprofundando a verificação acerca da essência dos quesitos em tela, depreende-se que, clareza e agilidade de interpretação, e relacionamento em interface humana com o PMP, são conceitos variáveis e interdependentes em função do rigor de forma e facilitação da aplicabilidade. Tal conhecimento faz emergir a percepção da existência de outros fatores, secundários a investigar, influenciadores nas contradições observadas durante a obtenção da percepção dos respondentes em dois tempos.

A disposição das questões apresentadas aos respondentes, ao estimular a declaração de opinião sobre o conceito formal concomitantemente à necessidade de externar sua percepção técnica real sobre o assunto, muitas vezes provocou o contraditório, e em consequência o deslinde de gama considerável de declarações e percepções específicas e possíveis de submissão à interpolação de significados, proporcionando robustez e precisão à busca. Segundo Bardin (1977), respostas dotadas de simbolismos vivenciados pelo indivíduo em relação ao objeto, podem conflitar com a real essência deste, explicitando o conflito e, portanto, o afloramento de outras dimensões relacionadas. Neste contexto, as declarações dos extratos 1.I.A, 1.I.B, 1.I.C e 1.II.D, sobre as interfaces apresentadas pelo PMP na sua utilização rotineira, confirmam o paradoxo ora apresentado.

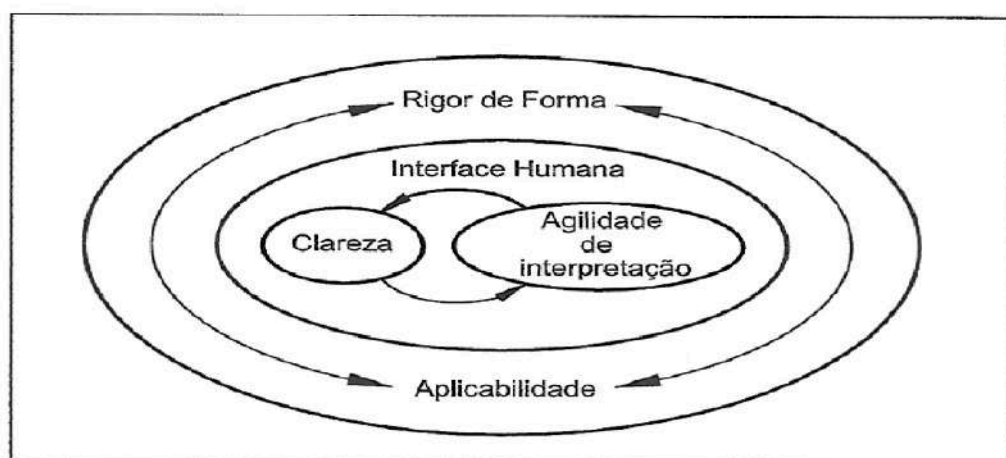


Figura 2 Estrutura ilustrativa da interdependência dos conceitos e variáveis Clareza/Agilidade interpretação/Interface humana X Rigor de forma e Aplicabilidade.

Fonte: Adaptado em interpretação - de Rodrigues & De Mendonça (2005).

Os respondentes em questão formaram grupo coeso de respostas similares, auferindo ao PMP menção de adequação, e a percepção de constituir-se interface multiprofissional importante, elemento integrador, dotado de boa acessibilidade e relevância multidisciplinar para o ambiente de pesquisa, entretanto expõe em sua face prática, as consequências negativas da manipulação inadequada do documento por diversos usuários, destacadamente quando este apresenta-se excessivamente volumoso em função do tempo de internação do paciente. Em transcrição fiel, apresentam-se as interessantes manifestações ilustrativas:

Boa interface para equipe multiprofissional. Documento para fins de pesquisa (Respondente nº 11).

Relevante, atendimento multidisciplinar, esclarecimento da evolução pré educacional/ pesquisa (Respondente nº 20).

Prejuízo na integridade do prontuário devido a manipulação multiprofissional (Respondente nº 12).

Estimulados a opinar sobre os pontos fortes do PMP, os respondentes dos estratos 1.I.A, 1.I.B, 1.I.C, 1.II.D e 1.II.E, declararam massivamente aspectos da sua condição ideal teorizada, entretanto em duas respostas pôde-se observar a inversão semântica da questão, onde os respondentes condicionaram a existência de pontos fortes no PMP à fiel observação de critérios de preenchimento. Segue interessante exemplo de manifestação condicionadora:

Quando as intercorrências são anotadas com clareza.
Quando os diagnósticos são atualizados. Evoluções detalhadas (Respondente 22).

Por outro lado, os estratos em lide, opinaram sobre as fragilidades do PMP, indicando de forma geral as características de volume excessivo e desorganização cronológica. Destaca-se o evidenciamento de 75% dos respondentes mencionarem falha de preenchimento e interface humana inadequados, e 33% apresentaram similaridade de resposta acerca da inexistência de meios para rastreabilidade e insegurança jurídico-documental. Conforme os exemplos das percepções dos respondentes a seguir:

São os diversos impressos, das diversas áreas (enf./medicina/fisioterapia entre outras) que emitem folhas em um dia só. Prontuário longo e cansativo (Respondente nº 9).

Faltam datas, dados identificação dos que fazem registros (Respondente nº 24)

Prontuário de papel: perda de parte do prontuário, falta de organização, folhas soltas, fora de sequência, sem assinatura do responsável, letra ilegível (Respondente nº 22).

Em contrapartida, o extrato 1.II.F considera como pontos fracos, somente o preenchimento caligráfico ilegível e a excessiva prática generalista ao registrar as informações, conceituando o documento de forma ampla, com bom ou adequado. Nota-se que este extrato é formado pelos assessores jurídicos, que em nenhum momento mencionaram espectros de insegurança jurídica, em confirmação à comprovada não existência de ações judiciais acerca de óbitos que prosperaram em desfavor da EAS. Entretanto houve manifestações sobre a relevância e aplicabilidade jurídica do documento, a saber:

Traz registros úteis ao trabalho institucional e reivindicações dos pacientes (aposentadorias, pensões, outros)... (...) ...de relevância Interna: institucional, setores, servidores... e Externa: judiciário, inss, familiares, outros (respondente nº 14).

Para analisar os ambientes ou processos internos de organizações como um todo ou setorizadamente, Daychoum (2010) ensina que a identificação dos pontos fortes do objeto, definidos pelas aptidões e competências mais relevantes que geram robustez, assertividade e desempenho, bem como das fragilidades que apresentam-se na forma de características do objeto dotadas de imperfeições e dificuldades determinantes para o insucesso do processo, se faz preponderante, por constituírem-se em bons indicadores de processos, e estarem contidos em ambiente organizacional de controle, e portanto, passíveis de alterações, ajustes e aperfeiçoamento administrativo na busca de melhoria.

No arcabouço de opiniões diretas, percepções e significações, depreende-se que os pontos fortes do PMP podem ser traduzidos principalmente nas suas características formais, como rigor de forma, cronologia documental proposta e relevância legal, enquanto as fragilidades, em apuração analítica, apontam para situações diretamente ligadas ao relacionamento do usuário com o PMP, falhas de preenchimento, juntadas inadequadas de novos dados – resultados de exames, laudos e apontamentos – provocando o desordenamento cronológico estruturalmente previsto, e o não comprometimento funcional com o documento.

PMP 2013 - 2014	
Pontos Fortes	Fragilidades
Rigor de Forma	Volume excessivo
Cronologia Documental Proposta	Juntada documental desordenada
Relevância Legal	Falhas de Preenchimento
	Interface humana ineficiente

Quadro 7 Pontos fortes e Fragilidades do PMP no período 2013-2014.

Fonte: Elaborado pela autora em 23 jul. 2021.

Corroborar para as condições críticas de fragilidade, sua constituição física - impressa – que, prestando-se ao registro diário de internações longas, produz volume documental excessivo e conseqüentemente compromete a agilidade de manuseio e interpretação, rastreabilidade, preservação e guarda.

O Prontuário Eletrônico do Paciente

Iniciativas e procedimentos no sentido do aperfeiçoamento documental referente aos registros médicos e de enfermagem, seus mecanismos de rastreabilidade, celeridade e interatividade, foram gradativamente se materializando no HU-UDEL a partir de 2012, impulsionados pela atuação das diversas comissões, que de forma articulada ou não, demonstravam o mesmo sentimento da necessidade do aperfeiçoamento. Neste sentido, e por consequência, em meados de 2015, observou-se a intensificação de esforços para o aperfeiçoamento do PMP, na transformação deste para o formato digital, objetivando a materialização do PEP na persecução de prontuário do paciente ágil, interfaceado e rastreável. Tal processo encontra-se em operacionalização, não proporcionando até o presente, produto completo.

Os diversos setores de atendimento da EAS encontram-se em diferentes fases de implementação dos meios, rotinas e “softwares” necessários à satisfatória inserção e funcionamento do PEP no trabalho diário, entretanto, nenhum deles atingiu sua completude funcional. Na visão de Albuquerque *et al.* (2009), uma das importantes dimensões da informatização dos processos é o seu aspecto de oficialização, onde a utilização de “softwares” e sua incorporação na rotina organizacional tornam as práticas oficiais e sancionadas, e principalmente preferenciais e facilitadas.

O processo intensificado de evolução do PMP para o PEP visou em primeiro momento a substituição dos meios físicos para os movimentos de prescrição médica e de enfermagem, e suas anotações gerais, bem como, a solicitação de exames e procedimentos e seus movimentos de “feedback”, por ferramentas de TI consagradas e devidamente compatibilizadas. Para tanto, em abril de 2017, a EAS adquiriu de empresa especializada, “software” dedicado ao gerenciamento documental e arquivacionista digital das ações supramencionadas constantes do prontuário do paciente, e desde então vem descrevendo projeto de implementação da ferramenta e sua consequente internalização nos processos internos dos setores. No entanto, observa-se que a estrutura sequencial de documentos foi preservada no PEP, como apresentado na figura 3.

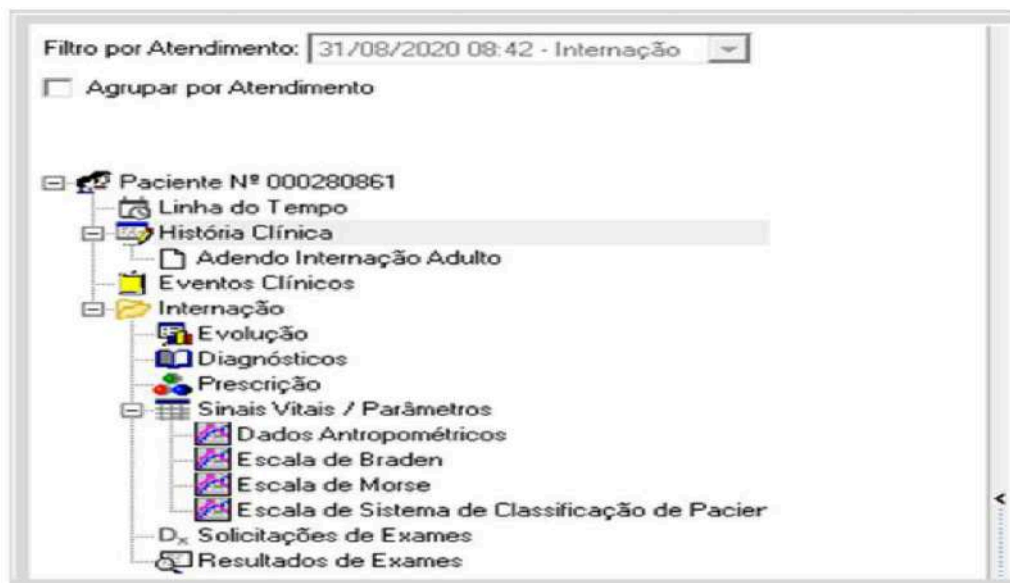


Figura 3 Árvore do Paciente – “Menu” que ilustra a característica formal e sequencial no sistema informatizado do PEP.

Fonte: HU/UEL-Q (2020, p.18).

Consultando HU/UEL-Q (2020), verifica-se que o sistema adotado para o gerenciamento das funções informatizadas do PEP, encontra-se dotado da capacidade de organização das ações registradas, de forma cronológica e classificada em: internado; urgência; e ambulatório. Sendo que, para recorrer a consulta dos formulários preenchidos pelos diversos profissionais que tenham contato com o paciente, pode-se buscar o histórico de sinais vitais e parametria e/ou utilizar-se dos “*menus*” de busca às mensagens e alertas, informações pessoais e clínicas do paciente, resumo clínico, documentos clínicos, formulários clínicos por categoria e indicadores do paciente.

Ao prosseguir a aplicação da pesquisa de campo, nos estratos 2.I.A, 2.I.B e 2.I.C, evidencia-se que a maioria dos respondentes consideram a adequação estética e de forma do PEP, regular ou inadequada. Entretanto, permanece a linha divisória, em sobreposição, caracterizada pelas respostas emitidas pelos respondentes do estrato 2.II.D, constituído por médicos que exercem funções assistencialistas. As respostas observadas indicam grande remanescência dos aspectos estético e formal do PMP no PEP, inferindo à reincidência de manifestações emanadas por respondentes com acesso somente ao objeto relacionado ao período 2018-2019. Em exemplo:

Adequação estética e de forma...

Desorganizada, e muitas vezes amassa os papéis soltos (respondente nº 15).

Os prontuários muito extensos acabam ficando mais desorganizados. Mais difícil de localizar os dados (respondente nº 21)

Percebe-se que a essência híbrida do PEP colabora para a permanência de características indesejáveis no documento, em decorrência da sua não completude digital, que de forma geral, continua exigindo manuseio e guarda no formato físico, agravando a questão volumétrica e emprestando agilidade somente às ações prescritivas.

Evidencia-se que as ações principais e geradoras de procedimentos – prescrições médicas, solicitações de exames, prescrições de enfermagem, e suas devidas anotações – encontram-se digitalmente estruturadas, entretanto, muito embora seus “*feedbacks*” também sejam digitais, quando incorporados ao prontuário na sua completude, devem ser impressos, bem como as ações geradoras, ocasionados pela demanda de manuseio, busca integrada e guarda.

Corroborando a ação de impressão, a inexistência de protocolo em certificação digital institucional, que teria a finalidade de identificação extra “*login*” do realizador do registro, imputando insegurança jurídica ao documento, quando no formato virtual. Exemplifica esta preocupação, a precisão da resposta:

A maior preocupação com o PEP é a ausência de certificado digital do profissional que registra as informações (respondente nº 4).

A inconveniência imediatamente supracitada, encontra-se prevista na operacionalização do sistema informatizado adotado, conforme evidenciado em HU/UEL-Q (2020).

Importante: Após a realização da Evolução de ...”clique” no botão “Salvar” no canto inferior esquerdo da tela que irá habilitar a impressão. Cabe ressaltar a necessidade de impressão dos documentos elaborados com a assinatura do responsável pela elaboração e o carimbo e assinatura... (HU/UEL-Q, 2020, p. 09)

Em investigação direta acerca da aplicabilidade do PEP, observa-se que os estratos 2.I.A, 2.I.B, 2.I.C, 2.II.B e 2.II.D e 2.II.E, são concordantes quanto a boa aplicabilidade do documento, com cronologia documental aceitável, no entanto, percebeu-se manifestações menos teorizadas sobre a condição ideal, com maior essência realística, principalmente nos aspectos comparativos tangíveis entre o PMP e PEP. Segue interessante declaração ilustrativa:

Não havia uma ordem cronológica dos fatos. Não havia padrão nas informações cada um anotava como achava melhor, muitas pessoas manipulam os documentos (respondente nº 15).

A tônica contraditória a respeito da clareza e agilidade de interpretação, em relação às respostas obtidas quanto a cronologia documental e de registros, e aplicabilidade, permanece com menor incidência. Neste sentido, os respondentes do estrato 2.I.A e 2.II.D reforçam a importância das falhas de preenchimento, da deficiente interface humana com o documento, e a dificuldade de interatividade com os fragmentos informatizados do sistema. A observação desta percepção demonstra-se exemplificada nas manifestações:

Em complemento a resposta sobre clareza e agilidade de interpretação... Há muitas informações sem um padrão de escrita lógica e faltando dados, dificulta a análise (respondente nº 16).

Informações repetidas (cópia e cola). Excesso de folhas com poucas linhas escritas (respondente nº 21)

Em continuidade, as percepções obtidas dos respondentes dos estratos 2.I.A, 2.I.B, 2.I.C e 2.II.D, sobre as características de interfaces do PEP na sua utilização rotineira, em confirmação do evidenciado nos estratos do período anterior, também encontram-se portadoras do dilema da interação multiprofissional promovida pelo PEP, em contraponto a manutenção de sua integridade física e de organização, em função do volume físico excessivo.

Em busca das percepções aos pontos fortes do PEP, os respondentes dos estratos 2.I.A, 2.I.B, 2.I.C, 2.II.D e 2.II.E, declararam em resposta ao formulário de entrevista, além dos aspectos da condição ideal teorizada, a intensificação da inversão semântica da questão, observada nas respostas referentes ao período anterior, condicionando a existência de pontos fortes no PEP à observância de critérios assertivos de utilização e preenchimento, a saber:

Extremamente relevante para finalidade efetiva, quando bem completo (respondente nº15).

Um documento importante quando claro (respondente nº 16).

Por outro lado, 65% dos respondentes imediatamente supra elencados declaram de forma espontânea e aberta que considera o PEP (2018-2019) melhor que o PMP (2013-2014), nos aspectos de: forma e estética; aplicabilidade; clareza; e agilidade de interpretação. Entretanto, destes, a maioria encontra-se de alguma forma diretamente envolvida no processo de implementação do PEP.

Ao declararem opinião sobre as fragilidades do PEP, os estratos em questão confirmaram o volume excessivo e desorganização cronológica como fraqueza que perdura no objeto, onde as falhas de preenchimento, interface humana inadequada, e a inexistência de meios para rastreabilidade e insegurança jurídico-documental, posicionam-se em proporções similares ao período anterior. Corroborando às fragilidades, a percepção do grupo propugnador do PEP ao admitir que o processo de implementação parcial de ferramentas de TI, transformou-o em documento híbrido, e conseqüentemente agravou o aspecto da fragmentação de conteúdo, dificultando movimentos interpretativos com agilidade, conforme exemplo da manifestação:

Minhas ressalvas são do prontuário eletrônico, são completos, mas frequentemente apresentado de forma fragmentada, o que torna mais difícil a interpretação e avaliação (respondente nº 9).

Incorporando as percepções obtidas ao cenário analítico para apuração dos pontos fortes do PEP, estes demonstram-se, em aspecto de confirmação ao período anterior, nas suas características formais, como rigor de forma, cronologia documental proposta, relevância legal, e celeridade prescritiva, enquanto suas fragilidades, materializam-se também nas falhas de preenchimento, juntadas inadequadas, desordenamento cronológico documental e baixo comprometimento funcional, agravados pela fragmentação de conteúdo em face de seu caráter híbrido.

PEP 2018 - 2019	
Pontos Fortes	Pontos Fracos
Rigor de Forma	Volume excessivo
Cronologia Documental Proposta	Juntada documental desordenada
Relevancia Legal	Falhas de Preenchimento
Celeridade Prescritiva	Interface humana ineficiente
	Fragmentação de Conteúdo

Quadro 8 Pontos fortes e Fragilidades do PEP no período 2018-2019.

Fonte: Elaborado pela autora em 29 jul. 2021.

Destaca-se em condição de sobreposição, que o extrato 2.II.F não emanou diferente juízo de valor acerca da posição demonstrada ao objeto do período anterior, e considerando o

modelo híbrido apresentado pelo PEP, após sua impressão completa, similar em sua essência física ao PMP, não fez menção à existência de insegurança jurídica.

4.3 A Dimensão dos Instrumentos de Avaliação de Prontuários de Óbitos

Para a obtenção da adequada análise dos IAPOs, se fez necessário o entendimento formal, estrutural, institucional e jurídico dos prontuários médicos, e em consequência da essência da pesquisa, a submissão das percepções dos respondentes acerca destes, a tratamento analítico contemplando seu conteúdo e transversalidade, para que, em associação à triangulação de dados e variáveis disponíveis no cenário de estudo, haja o evidenciamento da influência dos IAPOs e a efetivação de aspectos que contribuam ao aperfeiçoamento dos prontuários médicos e impacto na cadeia produtivo-laboral em que se insere. Neste sentido, Gil (2010) ensina que uma das técnicas recomendadas para verificação da influência de um objeto no seu cenário de inserção demonstra-se no estudo da evolução ou retração dos resultados de atuação sobre suas interdependências primárias.

Em complementação, a apresentação das características metamórficas dos prontuários médicos no decorrer dos períodos de estudo, bem como as percepções acerca destes em pesquisa de campo, busca-se descrever neste tópico, as características dos IAPOs, a contextualização de sua formalização e abrangência, e as relações de causa e efeito ocorridas no processo de transformação do PMP (2013-2014) no PEP (2018-2019), concomitantemente à evolução do IAPO (2013-2014) para o IAPO (2018-2019).

O Instrumento de Avaliação de Prontuários de Óbitos (2013-2014)

O IAPO vigente no período 2013-2014 originou-se da convergência da cultura institucional e conhecimento coletivo, acerca da necessidade da oficialização de instrumento adequado para controle, mensuração, monitoramento e rastreabilidade dos registros médicos no HU-UEL, que resultou em meados de 2005, nos primeiros movimentos para a materialização de instrumento de avaliação de prontuários com características próximas da visão atual da EAS.

Neste meato, se fazia necessária a constituição de Comissão dedicada a impressos e análises de prontuários e óbitos. Naquele ano instituiu-se a requerida comissão, que em consequência e aperfeiçoamento, sedimentou-se e evoluiu à atual CIAPO. Segundo HU/UEL

(2013), a CIAPO presta-se à analisar os procedimentos e condutas profissionais realizadas e registradas em prontuário médico, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos, devendo proceder análise à totalidade dos óbitos.

Em 2012, a EAS dispunha da versão do IAPO vigente, até e inclusive 2014 (vide Anexo I), operacionalizado pela CIAPO que fora estabelecida regimentalmente pela Ordem de Serviço nº 005/2012. Neste campo, as análises eram voltadas a avaliação de ocorrências pontuais acerca dos óbitos, e à satisfação de exigências e questionamentos oriundos dos órgãos de controle e fiscalização, e na demanda interna da instituição por solicitação da Diretoria Clínica.

Em consulta ao Anexo I, percebe-se tratar de documento extenso, dotado de cabeçalho identificador, vinte e cinco grupos documentais, contendo 274 itens analíticos, dispostos em sete páginas e divididos estruturalmente em quatro blocos, a saber:

- Identificação do paciente/prontuário, clínica, unidade, leito, datas de internamento e óbito, data da avaliação, diagnóstico de internamento e identificação do avaliador;
- Avaliação do preenchimento de aspectos referentes a trajetória de internamento do paciente, constando a verificação de todos documentos concernentes ao PMP, na forma de análise direta em múltipla escolha;
- Avaliação do atendimento/internamento, na forma de informações gerais, distribuídas em modelo misto de análise direta em múltipla escolha e respostas abertas ao comentário literário em transcrição do observado; e
- Avaliação das condições gerais do PMP, em modelo misto de análise direta em múltipla escolha e respostas abertas ao comentário literário em transcrição do observado.

Neste contexto, evidencia-se redundância e repetitividade em alguns itens analíticos dentro do mesmo grupo documental, e apesar da estrutura de avaliação seguir sequência lógica, traduz-se em “*checklist*” com essência auditorial. Os itens a serem verificados em regime de múltipla escolha são pré-formatados para menções específicas, sendo: sim; parcial;

não; e Não Aplicável. Entretanto, pela não existência de grade verificadora, em sua utilização, necessita-se promover rastreabilidade manual de não conformidades e, portanto, retrabalho, legitimado pelo grupo de questionamentos XXV.

No ensejo da aplicação da pesquisa de campo, os estratos 1.I.A, 1.I.B, e 1.I.C qualificam-se à manifestação de importância e relevância acerca do IAPO 2013-2014, tratando-se de profissionais componentes da CIAPO naquele período e, portanto, participantes diretos da proposição dos processos iniciais de implementação e aperfeiçoamento do IAPO. Neste sentido, as percepções disponibilizadas por estes estratos, sobre o PMP, são especialmente preciosas, por suas preocupações traduzirem-se em diferentes proporções, na extensa estrutura e sequencia interrogatória do IAPO. Observa-se esta característica ao longo de todo o documento, permanecendo como itens analíticos presentes na grande maioria dos grupos documentais: preenchimento legível, existência de rasuras ou etiquetas; identificação do profissional responsável pela anotação; utilização de impresso oficial do HU-UEL; juntadas inadequadas; e utilização de abreviaturas e terminologia padronizada. Neste ponto, ao comentarem sobre as características do IAPO 2013-2014, destacam-se ilustrativamente as respostas a seguir:

A detecção da desorganização e falha nas anotações [do PMP] traz demora ao manipula-lo... A desorganização em alguns momentos... dificulta ler algumas caligrafias... retardam o trabalho de avaliação (respondente nº 09).

Nos comentários livres direcionados ao IAPO 2013-2014, evidencia-se que os respondentes do estrato em questão inter-relacionam os objetivos finalísticos do PMP e do IAPO. Entretanto descrevem a tônica auditorial do documento como relevante para levantamento do cenário evolutivo ao óbito em seus vários momentos e são recorrentes na percepção da inexistência de mecanismo correccional que justifique e legitime a avaliação. Conforme exemplificação a seguir:

O documento criado para avaliação dos prontuários de óbitos ajuda na organização de dados, agiliza na manipulação do prontuário, direcionada para as informações relevantes desejadas, consegue resumir a estada do paciente no hospital e também consegue avaliar a falha de informações da equipe multidisciplinar (Respondente nº 11).

O instrumento continha itens relevantes, poderia ter espaço para a sinalização de falta de documentos, prontuário incompleto. Necessidade de intervenções quando detectado alguma inconsistência (Respondente nº 12).

Os prontuários médicos são locados na unidade de internamento do paciente, sob a guarda de sua secretaria, com a ocorrência da alta – curado ou óbito – é finalizado e encaminhado para o SAME/HU-UDEL, onde permanece disponível para consultas e avaliações. Neste contexto, os estratos 1.I.A, 1.I.B, e 1.I.C são concordantes quanto a dificuldades da logística de obtenção e manuseio dos prontuários, para submissão à avaliação da CIAPO, além das fragilidades e inconsistências recorrentemente mencionadas. Em ilustração segue interessante manifestação:

Difícil locomoção dos prontuários a serem analisados, pois como não temos pré determinado para esta atividade dentro da agenda, vamos encaixando esta demanda para dar conta; obs.: retira os prontuários com a secretária e faz a leitura no meu depto (esta é a difícil locomoção); caligrafia dos profissionais, muitas vezes ilegível; Fora de ordem os documentos dentro do envelope; Fragilidades nas evoluções /histórico/ anamnese - sempre necessário ler a evolução de todos para concluir o caso (Respondente nº 23).

Ao analisar as manifestações dos respondentes dos estratos 1.I.A, 1.I.B, e 1.I.C, evidencia-se a extrapolação dimensional do IAPO 2013-2014 e seu objeto de avaliação, para além de sua formalização documental, transcendendo-o para campos concernentes às relações funcionais e clima organizacional. Cenário de estudo adiante.

Alinham-se os estratos 1.I.A, 1.I.B, e 1.I.C, durante o transcorrer do estudo de campo, no entorno da ideia do IAPO 2013-2014 ser adequado e assertivo quanto a sua finalidade avaliatória. Sua característica extremamente extensa e em formato fechado de múltipla escolha, em aspecto evolutivo, trouxe para a CIAPO, a compreensão da forma natural do surgimento dos campos: XXIV, que no impresso mostra-se equivocadamente como segundo campo com identificação XXIII, intitulado informações complementares –

atendimento/internamento; e XXV Condições gerais do prontuário. Que, em seus itens analíticos se traduzem em resumo sistematizado do documento.

O Instrumento de Avaliação de Prontuários de Óbitos (2018-2019)

Com a identificação das redundâncias e repetitividade no IAPO 2013-2014, associadas à natural emergência de resumo sistematizado, a CIAPO compreendeu a necessidade de aperfeiçoamento do instrumento, buscando agilidade de avaliação, maior flexibilidade e alcance operacional, haja vista o conhecimento adquirido acerca dos aspectos crônicos apresentados pelo PMP, e a aparente impotência do IAPO enquanto instrumento de avaliação em efetivar consequencialmente seus resultados.

Adere-se ao cenário de iminentes alterações, a latente demanda para o aperfeiçoamento do PMP, que independentemente do saneamento dos vícios crônicos identificados pelo IAPO, seguia rumo ao formato digital, apresentando maior musculatura a partir de 2015 e recebendo substancial impulso em abril de 2017 com a aquisição de “*software*” dedicado ao gerenciamento digital parcial de dados pertinentes ao prontuário do paciente, na busca da materialização do PEP 2018-2019.

Neste sentido, a CIAPO 2018-2019 promoveu a consolidação dos movimentos de aperfeiçoamento do IAPO e aspectos de sua instrumentalização, tendo em vista: que o objeto a ser avaliado, em primeiro momento apresentava-se como documento híbrido; a necessidade de tornar o IAPO 2018-2019 menos extenso sem comprometer sua essência auditorial; e a busca da conexão entre os resultados das análises e sua aplicação prática em efetivação.

Neste período, o desenvolvimento dos trabalhos da CIAPO, norteou-se para além da rotina avaliatória e de encaminhamentos processuais, dedicando-se também ao desenvolvimento de meios e condições para a reformulação do IAPO em otimização a sua abrangência e assertividade, visto que, a alta administração da EAS, em reação às demandas de órgãos de fiscalização e controle, determinou, por meio da Ordem de Serviço nº 154/2018, a avaliação da totalidade dos prontuários médicos de pacientes em alta óbito.

Além da implementação do IAPO 2018-2019, em aperfeiçoamento, ocorreram alterações nos processos de logística da operacionalização aplicativa do instrumento, resultando principalmente em composição do grupo de avaliadores da CIAPO por profissionais com larga experiência assistencial e especificidade de atuação, associadas a amplo conhecimento a respeito dos prontuários, em atividades de utilização rotineira e de avaliação.

Os trabalhos visando a obtenção do modelo funcional do IAPO 2018-2019 (Anexo II), foram propostos e realizados pela CIAPO e ocorreram concomitantemente às atividades rotineiras, no primeiro trimestre de 2018, contemplando reuniões entre a CIAPO e os setores envolvidos, com periodicidade semanal. Em resultado obteve-se instrumento condensado, expresso em folha única e disponibilizado no formato de formulário digital, embora pela inexistência de protocolo em certificação digital na EAS, ao final este deva ser impresso e firmado caligraficamente pelo avaliador.

Em verificação ao Anexo II, depara-se com formulário compacto, dotado de cabeçalho identificador, quinze questões direcionais, contemplando 28 itens analíticos em formato estruturado misto e semiaberto, dispostos em duas páginas e divididos estruturalmente em quatro blocos, a saber:

- Identificação do paciente, nº do prontuário, data de internamento, diagnóstico de internamento e identificação do avaliador, clínica e unidade de desfecho;
- Avaliação do preenchimento do PEP acerca de aspectos sequencialmente relevantes, em referência à evolução ao óbito e os respectivos procedimentos devidos;
- Avaliação da qualidade das informações contidas no PEP, em referência ao atendimento/internamento; e
- Instruções ao avaliador, quanto aos objetivos da CIAPO, critérios a observar durante a avaliação, e rol dos agravos de notificação compulsória.

Observa-se a erradicação da repetitividade de itens analíticos e a formalização de estrutura de avaliação em sequência lógica, enquanto o caráter auditorial apresenta-se

minimizado, cedendo espaço, embora limitado, para anotações do avaliador acerca de suas percepções sobre o todo, tangíveis à cadeia de eventos que levou ao desfecho. A preocupação com a padronização avaliativa demonstra-se no bloco de instruções ao avaliador, intitulado *Categorias Avaliativas para Análise*, em conotação à facilitação da produção de futuros relatórios descritivos.

A aplicação do Formulário de pesquisa, neste caso destinou-se aos estratos 2.I.A, 2.I.B, e 2.I.C, cujos respondentes promoveram manifestações e percepções em referência ao IAPO 2018-2019, que enquanto submetidos ao bojo analítico do conteúdo e triangulação de dados, principalmente em relação a seus posicionamentos acerca do PEP, trouxeram à tona, tendências e paradoxos, em seus significados e mensagens. Os estratos em questão são compostos por profissionais, médicos e enfermeiros, docentes e assistencialistas, qualificados como experientes avaliadores, que protagonizaram a materialização do IAPO 2018-2019.

Tal condição alinha-se ao preconizado por Bardin (1977), que aponta para a possibilidade de paradoxo e conflitância com o cenário real, quando o respondente possui forte ligação de pertencimento ou geração do objeto em investigação, traduzindo-se em mensagens indiretas. Esta condição exige processo analítico dos momentos distintos da entrevista compreensiva que em primeiro momento, gerou solo fértil para manifestações evolutivamente elogiosas, a saber:

O instrumento de análise de óbito me parece adequado (respondente nº 18).

Achei o documento muito pertinente, claro, dinâmico, fácil de preencher. Informações importantes (respondente nº 21).

O instrumento de avaliação é completo e sucinto e permite verificar se o prontuário está dentro das exigências propostas (respondentes nº 16).

Entretanto, com a maturação da dinâmica respondente, obtém-se declarações dotadas de maior comprometimento prático, que demonstram a capacidade de direcionamento do IAPO 2018-2019 à percepção de inconsistências operacionais da equipe assistencialista em função de falhas no relacionamento com o PEP. Observa-se em exemplo:

O instrumento de avaliação do prontuário de óbitos direciona muito o gestor a perceber as fragilidades da equipe, falhas no preenchimento dos documentos e

assim criar meios para educação continuada (respondente nº 1).

A estrutura de forma do IAPO 2018-2019 apresenta caracterização de dados resumida, imputando à resposta, o binário, adequado ou inadequado, com espaços exíguos para descrição da não conformidade observada, expondo sua limitação em proporcionar ao avaliador a explicitação adequada de suas percepções puntiformes e dedicadas àquele item analítico. Apesar desta condição permear o documento, toma-se como exemplo as questões direcionais de nº 6 e 8. E demonstra exemplificadamente esta percepção, a resposta que segue:

Sobre o instrumento: limitação de informações para os casos encaminhados ao IML. Falta espaço um pouco maior para descrever a não conformidade (respondente nº 3).

Outra faceta observada nas respostas dos estratos inquiridos, constitui-se na defesa da relaxação do caráter auditorial do documento, no sentido de focar-se na avaliação de forma, e não na análise crítica dos procedimentos e protocolos enquanto ações profissionais, bastando a investigação acerca da adequação do seu registro. Esta tendência descreve-se na prototípica resposta:

Instrumento: Adequado para avaliação documental e não análise do prontuário que - med/enf/fisio - implica nas ações executadas durante o internamento do paciente (respondente nº 20).

Após a tratativa analítica, seus cruzamentos e triangulação impelem, entre outras, à inferência das mensagens relacionadas, no sentido da natural desconsideração das fragilidades estéticas, de interface e de conteúdo apresentadas no PMP e confirmadas no PEP, e suas consequências negativas no manuseio e consulta.

Apesar dos respondentes dos estratos em questão, em sua grande maioria, admitirem nas respostas anteriores, o amplo conhecimento das mencionadas fragilidades observadas nos prontuários, estes, enquanto protagonistas da formalização do IAPO 2018-2019, demonstram rejeitar a realidade da existência de tais vícios no objeto de análise, e conseqüentemente seu não tratamento direto e formal via instrumento de avaliação.

4.4 Impactos e influencias nos Aspectos Laborais

A dinâmica evolutiva, supra apresentada, concernente aos prontuários PMP (2013-2014) e PEP (2018-2019), Instrumentos IAPO (2013-2014) e IAPO (2018-2019), descrevem relação de interdependência e, portanto, ligações de causa e efeito, determinando cenário orgânico, que entre suas diversas facetas apresenta no transcorrer dos períodos de estudo, aspectos referentes à metamorfose da cultura institucional e ambiente emocional do trabalho em preponderância ao conforto laboral.

Para obtenção satisfatória da modelagem dos aspectos contributivos da mutação do IAPO (2013-2014) para o IAPO (2018-2019), em relação a evolução do cenário imediatamente posto, e conseqüente construção do conhecimento acerca deste, surge a necessidade do evidenciamento das tendências, interfaces e inter-relacionamentos de variáveis ora constituídos.

Na prática, a aplicação do Formulário de Pesquisa, destinou-se aos respondentes qualificados que, na ocasião da entrevista declararam-se relacionar com esclarecimentos sobre as condições de ocorrência de óbitos há seis anos ou mais. Nesta etapa elucidatória, o inconveniente da sobreposição parcial de estratos descreve influencia pouco considerável, visto que, a importância do respondente se formaliza na sua presença nos dois períodos de estudo. Na perspectiva de Bardin (1977), a participação em todos os momentos históricos do período analítico reforça a importância sensorial e interpretativa do respondente, e, ocasionalmente corrobora aos resultados com informações e percepções adjacentes ao objeto. Corrobora à análise, a valoração das respostas dos componentes estratificados quanto a sua posição na cadeia laboral, tangível ao nível hierárquico e qualificação profissional, em descrição técnica do lugar sócio-laboral destes no cenário.

Nesta seara, quando estimulados a comparar o ambiente emocional de trabalho observado ao final do período 2013-2014, com o percebido ao final do período 2018-2019, o estrato 1.I.A demonstra percepção de alguma melhora, entretanto, as manifestações encontram-se permeadas de aspectos conflituosos, conforme exemplo de manifestação a seguir:

Faz 7 anos, no início era mais estressante pelo tamanho do instrumento. Com a melhora do instrumento, houve

uma maior complexidade dos pacientes. Assim se manteve estressante!! (respondente nº 9).

Trabalho com prontuários em todo tempo de Profissão, pois necessitamos relatar e investigar informações constantes. No HU há 21 anos. Infelizmente apesar do árduo trabalho em orientar sobre as anotações nos prontuários, foi mínima a melhora (respondente nº 25).

Enquanto as declarações dos respondentes pertencentes ao estrato 1.I.C, composto por médicos docentes componentes da CIAPO, apresentaram caracterização opaca, emprestando conotação imutável ao aspecto investigado. Como segue:

Sem diferença 17 anos (respondente nº 18).

Ainda sob a mesma questão, ao verificar as respostas obtidas com a aplicação do Formulário de Pesquisa aos estratos 1.II.D e 1.II.E, onde apesar dos componentes apresentarem similaridade em qualificação profissional, há sensível dicotomia quanto ao lugar sócio-laboral, observa-se a inexistência de sentimento majoritário quanto a melhora ou piora das condições do ambiente emocional de trabalho, entretanto há menções que remetem à mensagem acerca de impacto positivo no conforto emocional do profissional da saúde. Nesta corrente, destacam-se as algumas manifestações, dentre elas:

Aumento de número de óbitos gera grande frustração. PEP auxilia passagem de plantão (respondente nº 4).

Com o passar dos anos me sinto mais preparada emocionalmente para informar o óbito. Nos últimos dois anos me sinto mais segura (respondente nº 22).

Por outro lado, todos os estratos supramencionados, quando inqueridos seus componentes sobre as preocupações puntiformes ao comunicar o óbito do paciente à família, no deslinde evolutivo das entrevistas compreensivas, reagiram de forma uníssona, ao descreverem suas preocupações investidas nas características ideais teorizadas do PMP e PEP, remetendo a semântica da inquietação à incerteza da qualidade do conteúdo dos documentos a

consultar, construindo a mensagem de insegurança laboral e conseqüente desconfiança funcional. Conforme as declarações exemplificadas:

Minha preocupação é fornecer para a família uma informação clara e verdadeira que justifique o desfecho desfavorável, numa sequência lógica de piora que justifique o óbito, portanto antes de dar a notícia do óbito faço revisão do prontuário, além de necessitar das informações p/ análise (respondente nº 22).

Preocupação na descrição multiprofissional de todos os eventos relacionados ao óbito, bem como conferência da prescrição médica e execução dos processos de trabalho multiprofissional (respondente nº 5).

Nem sempre há relatos da piora do quadro do paciente o que dificulta a compreensão do óbito e fica difícil atender ao familiar (respondente nº 24).

Preocupação em saber se realmente foram relatados o ocorrido e o desfecho. Para poder passar ao familiar a realidade e não o imaginário (respondente nº 25)

Quando o aspecto investigado foi acerca das preocupações quanto às informações disponíveis em prontuário para o atendimento aos órgãos de fiscalização e controle, na evolução da entrevista compreensiva, os respondentes em questão apresentaram reação, argumentação e mensagens similares ao ocorrido no item imediatamente supra descrito.

Neste movimento investigativo, observa-se comum nos formulários de pesquisas, respostas, expressões de sentimentos, posturas e manifestações, que muitas vezes, ao tratar o objeto de questionamento, evidenciam mensagens que remetem às relações sociais do trabalho, em suas tensões, busca da autoproteção, segregação e competição. Considere-se alguns exemplos:

A fragilidade ocorre se o profissional (especifico) não registra as informações (respondente nº 4).

(Fragilidade do PEP) Algumas clinicas não registram suas evoluções adequadamente (respondente nº 13).

(Fragilidades do PMP) São os diversos impressos, das diversas áreas (enf./medicina/fisioterapia) entre outras

que emitem folhas em um dia só. Prontuário longo e cansativo (respondente nº 9).

Sobre preenchimento dos prontuários (clareza, agilidade e interpretação): Da percepção da... (setor específico) ...as informações são didáticas, claras, e repleta de dados/informações (respondente nº 9)

Sobre a motivação para utilizar o PEP: Proteger meu CRM (respondente nº 13).

Em contrapartida, deparou-se com evidente preocupação ao aspecto humanizado do atendimento aos familiares de pacientes que evoluíram a óbito, descritos no anseio da satisfação de suas dúvidas e questionamentos acerca dos fatores que levaram ao desfecho. Como demonstrado:

Ao atender a família do paciente pós óbito, é muito importante a anotação de como foi esse atendimento, reação da família, nome do familiar e qual conduto tomado (respondente nº 11).

As informações nos prontuários são uma ponte de ligação entre a equipe médica e família. Todo familiar deseja saber tudo que afetou a estabilidade da saúde do seu ente querido e levou-o ao óbito. O prontuário é uma fonte de dados que ajuda a equipe a suprir a necessidade familiar de informações (respondente nº 9)

Entretanto, observou-se entranhados nas respostas obtidas, indicadores de sentimentos de estresse e angústia relacionados ao ambiente de trabalho, capilarizados entre os itens investigados, e, que de forma espontânea foram emanados. O exercício de comparação do ambiente emocional de trabalho, entre os respondentes que interagem com os familiares dos pacientes nuperfalecidos há mais de seis anos, contido no Formulário de Pesquisa, provocou reações naturalmente livres quando finalizada a introdução verbal da pesquisadora, no ensejo da aplicação da entrevista compreensiva. Em exemplo:

Mais de 06 anos. Emocionalmente permanece a angústia (respondente nº 12).

Árduo o trabalho, à 12 anos (respondente nº 16).

Estressante (respondente nº 10).

Com a evolução analítica, as percepções emanadas no arcabouço de manifestações ora apresentado, compõem-se formalizando mensagens que relacionam alguma melhora no ambiente laboral, no transcorrer dos períodos de estudo e seus interstícios. Muito embora as mensagens estejam carregadas de aspectos conflituosos, por interferência de fatores indiretos, como, lugar sócio-laboral do profissional e posição hierárquica no grupo, causando perceptível inflexão de significados, depreende-se que o clima institucional, em direta proporção ao ambiente de trabalho apresentou alguma evolução quanto ao conforto laboral, principalmente, alavancado pelo sentimento gerado pela percepção dos movimentos de aperfeiçoamento do PMP e PEP. Significados importantes foram explicitados acerca das fragilidades do PMP e PEP, no ensejo de sua metamorfização gerar insegurança laboral e desconfiança funcional, materializando tensões sociais no ambiente de trabalho, segregação, competição e autoproteção.

No emaranhado caótico do tecido sócio-laboral investigado, evidenciou-se a preocupação com o atendimento humanizado aos familiares dos pacientes em óbito, considerando a qualidade do PMP e PEP, fator preponderante para o sucesso desta prática, sendo que, esta condição mostrou-se intimamente relacionada a geração de estresse e angústia nos profissionais.

Os aspectos de humanização e comunicação do óbito foram analisados com referência ao equilíbrio e conforto emocional do profissional quanto às atividades postas, haja vista, a não existência de ações judiciais motivadas pelo óbito, e, portanto, oriundas de reclamações dos familiares, que seriam geradas pelo inconformismo da não satisfação de suas dúvidas e questionamentos.

5 ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS

Este capítulo trata da análise crítica dos resultados obtidos a partir do processamento analítico do conteúdo, da triangulação de dados de métodos, e estudo detalhado das influencias e inflexões de variáveis orbitais no cenário em elucidação. Ensina Triviños (1987),

que a execução da análise crítica sobre os resultados, considerando todas as multifaces do processo, pode produzir refino de entendimento e ajustes dos aspectos relevantes da pesquisa às aplicações práticas.

Os resultados obtidos na pesquisa quantitativa, associados ao cenário evidenciado pela investigação qualitativa, quanto aos aspectos de evolução do PMP, PEP e IAPOs em referência aos períodos comparativos de 2013-2014 e 2018-2019, são dispostos de forma ordenada e criticamente organizada, em possibilidade de geração de conjunto de recomendações organizacionais, propostas de indicadores e medidas institucionais, que, em função do conhecimento construído sobre o cenário investigado, possa contribuir à melhoria do desempenho organizacional da EAS.

5.1 Maturação Analítica dos Aspectos Investigados

Conforme anteriormente apresentado, em composição de resultado da pesquisa quantitativa, apurar a ocorrência de 630 ações judiciais impetradas em desfavor do HU-UEL, junto ao CDCL, não se fez suficiente para evidenciar inequivocamente a informação investigada, haja vista a insuficiência de dados rastreáveis, tanto em nível de ouvidoria, como nos arquivos jurídicos da instituição. Para tanto, a tarefa demandou análise unitariamente dedicada, junto aos arquivos digitais do ProJudi, para a identificação da não incidência de ações judiciais tendo o óbito como motivação, e a confirmação da não existência de ações judiciais motivadas pelo óbito em andamento ou iniciadas nos períodos 2013-2014 e 2018-2019.

Este resultado, ao apresentar nulidade de eventos, sem ocorrência variacional entre os períodos de estudo, das ações judiciais que prosperaram contra o HU-UEL em todas as instâncias jurídicas, exclusivamente por motivo de óbito, impede o tratamento comparativo em suas relações de causa e efeito com a variação da ocorrência alta óbito, e o conseqüente estabelecimento de inter-relacionamento lógico causal com aspectos referentes a condução do

processo relativo ao paciente que evoluiu a óbito, concernente às possíveis influências da variação evolutiva do PMP 2013-2014 para o PEP 2018-2019 e do IAPO 2013-2014 para o IAPO 2018-2019, apontou o estudo qualitativo para a busca das características do IAPO em seu processo evolutivo de aperfeiçoamento inter períodos, que impactam na utilização, manuseio e extração de informações do PMP e/ou PEP, e podem influenciar na zona de conforto laboral dos operadores; cultura institucional; e no clima organizacional. Nos períodos de comparação 2013-2014 e 2018-2019, em possível formalização de subsídios para otimização organizacional.

Ao empreender a pesquisa qualitativa, em aplicação do formulário de pesquisa aos estratos dimensionados e o consequente desenvolvimento da metodologia proposta, apurou-se os pontos fortes e as fragilidades do PMP 2013-2014 sob a perspectiva dos respondentes qualificados, em formulação de suas percepções e mensagens. Esta ação propugna naturalmente indicadores de processos inseridos em ambiente organizacional de controle e passíveis de alterações, ajustes e aperfeiçoamento em favor de futuras medidas de desempenho.

A formalização dos pontos fortes do PMP 2013-2014, descreve-se no: rigor de forma; asserção da cronologia documental proposta; e sua relevância legal. Enquanto as fragilidades são postas como: volume excessivo; juntadas de documentos desordenadas; falhas de preenchimento; e interface humana deficiente. Adere-se aos resultados a significação de pouco comprometimento funcional com o documento e o prejuízo da agilidade de manuseio e interpretação, capacidade de rastreabilidade, preservação e guarda.

Em continuidade, evidenciou-se na preparação de condição comparativa da evolução do PMP para o PEP, os pontos fortes e as fragilidades do PEP 2018-2019, sendo que, as fortalezas do documento confirmam sua essência evolutiva sedimentada sobre as bases do documento anterior, desprovida de alterações em caráter realisticamente inovador, descrevendo-se em: suas características de rigor de forma; cronologia documental proposta; relevância legal; e celeridade prescritiva.

Por outro lado, a identificação das fragilidades do PEP 2018-2019 apresentam-se em: seu volume excessivo; juntada documental desordenada; falhas de preenchimento; interface humana ineficiente; e fragmentação do conteúdo.

COMPARATIVO ENTRE PRONTUÁRIOS INTER-PERÍODOS	
PONTOS FORTES	
PMP 2013-2014	PEP 2018-2019
Rigor de Forma	Rigor de Forma
Cronologia Documental Proposta	Cronologia Documental Proposta
Relevância Legal	Relevancia Legal

Quadro 9 Comparativo entre Pontos fortes e Fragilidades do PMP e PEP inter-períodos.

Fonte: Elaborado pela autora em 29 jul. 2021.

A comparação do PMP 2013-2014 com o PEP 2018-2019, em relação a seus pontos fortes e suas fragilidades, em associação às mensagens e significações componentes das reações dos respondentes, inferem à discreta evolução operacional em favor do PEP 2018-2019, em seus pontos fortes, impulsionada pela percepção de melhoria na celeridade prescritiva, em função da parcial informatização dos processos prescritivos, entretanto, os demais pontos fortes apresentam-se em aspecto de confirmação das características do PMP 2013-2014, não despertando a atenção dos respondentes para agregação de outros pontos fortes.

No confronto comparativo das fragilidades, de forma metodologicamente similar, evidenciou-se que o aspecto do volume excessivo permanece como ponto fraco, entretanto, em condição piorada, haja vista a essência híbrida do documento associada a inexistência de protocolo de certificação digital capaz de identificar o profissional em modo extra “*login*”, que impõe a necessidade de impressão dos documentos ora tratados virtualmente, para firma, juntada e arquivamento. A condição de fragilidade disposta na interface humana deficiente, demonstra-se amplificada pelo desgaste gerado em função das condições supra elencadas, resultando em pouco comprometimento funcional, com exceção dos elementos prescritores e/ou diretamente envolvidos com a implantação do PEP.

As pontuações referentes à juntada documental desordenada e falhas de preenchimento são fragilidades remanescentes do modelo de documento aplicado no período anterior, impactadas negativamente pela condição documental híbrida, em sua necessidade de adequação e recomposição física da informação para garantia de guarda e rastreabilidade.

O ganho de celeridade prescritiva associada à manutenção dos pontos fortes remanescentes do PMP 2013-2014, observada no PEP 2018-2019, não se mostrou suficientemente abrangente para mitigar a igual remanescência das fragilidades observadas, que demonstraram-se amplificadas pelos aspectos negativos impostos pela essência híbrida do PEP 2018-2019, apresentando o agravante surgimento de nova fragilidade descrita na fragmentação do conteúdo. O cenário supra apresenta-se em direção à inexistência de aperfeiçoamento evolutivo relevante do PMP para o PEP, em contexto geral, e ao surgimento de novas intercorrências carentes de solução.

Neste sentido, para a apuração de eventuais impactos e influências dos IAPOs e seu processo evolutivo nas transformações ocorridas nos prontuários, e consequente verificação da existência ou não, de efetividade gerada em função da aplicação dos instrumentos sobre o PMP e PEP, fez-se necessária a análise das características sob o manto das percepções, sentimentos, e mensagens que permearam o arcabouço de manifestações emanadas pelos respondentes submetidos ao Formulário de Pesquisa, em referência ao IAPO 2013-2014 e IAPO 2018-2019.

Quanto às características do IAPO 2013-2014, as mensagens inferem ao infortúnio físico e a pouca celeridade do documento excessivamente extenso; composto por redundâncias e repetitividades acerca de mesmos temas; desprovido de grade verificadora, que gera a necessidade de rastreabilidade manual de não conformidades. Entretanto, apesar da extensão do instrumento, sua sequência interrogatória com essência auditorial é apontada como elemento contribuinte à análise dos prontuários na perspectiva investigativa.

As preocupações observadas no IAPO 2013-2014 quanto a garantia do preenchimento legível, inexistência de rasuras ou etiquetas não oficiais, inexistência da identificação do profissional responsável pela anotação, utilização de impressos oficiais do HU-UEL, juntadas inadequadas, e utilização de abreviaturas e terminologia padronizada, legitimam o profundo conhecimento do grupo formalizador do documento, acerca dos pontos fracos do PMP 2013-2014.

Enquanto a percepção e preocupação emanada pelos respondentes quanto à inexistência de mecanismo correccional que justifique e legitime a avaliação, materializa-se como condição crítica do IAPO 2013-2014, em dimensão estrutural, extrapolando à limitação formal e operacional do documento, invadindo o campo administrativo-organizacional que o envolve.

Por outro lado, a caracterização do IAPO 2018-2019, revelou essencialmente a erradicação da repetitividade de itens analíticos e a formalização de estrutura de avaliação em sequência lógica, com o caráter auditorial minimizado. Sua conformação resumida de dados com opções de respostas formatadas às menções adequado e inadequado, e os espaços exíguos para descrição da não conformidade observada, limitam o avaliador quanto a boa explicitação do resultado da análise.

Com a evidente desconsideração das fragilidades estéticas, de interface e de conteúdo apresentadas no PMP e confirmadas no PEP, apesar dos respondentes qualificados provarem-se conhecedores das fragilidades evidenciadas nos prontuários, observa-se a demonstração da rejeição da existência de tais vícios no IAPO 2018-2019. Os vários paradoxos encontrados no conjunto de manifestações dos respondentes, quanto a evolução do IAPO 2013-2014 para o IAPO 2018-2019, justificam-se por situações específicas como:

- busca de agregação de musculatura à resumo sistematizado do IAPO 2013-2014, como fundamento para composição do IAPO 2018-2019; e
- urgência administrativa da implantação do PEP, à revelia da sedimentação de critérios abrangentes e logística de TI compatíveis.

Nesta seara, resta claro que a evolução técnica e operacional do IAPO 2018-2019 em relação ao IAPO 2013-2014, obteve celeridade analítica, todavia, os subsídios utilizados para tal demonstram-se em bases frágeis, considerando-se tratar de: reformulação baseada em resumo sistematizado; mitigação da importância do conhecimento adquirido nas experiências passadas acerca das fragilidades e vícios do PMP e PEP; o não alinhamento temporal com o processo de maturação digital da migração do prontuário; e inexistência de mecanismo corretional que justifique e legitime a avaliação. Desta forma, os resultados da investigação inferem a não relevância da efetividade do IAPO 2018-2019 em possibilitar condições favoráveis para o aperfeiçoamento do PEP 2018-2019, permitindo a remanescência das principais anomalias de seu antecessor.

Corroborando a este cenário, as percepções dos estratos amostrais em concernência, referentes às dificuldades de logística operacional e funcional para obtenção e manuseio dos prontuários em submissão à avaliação da CIAPO, que muito embora tenha evoluído de 2013-2014 para 2018-2019, ainda configura gargalo estratégico no processo, favorecendo, juntamente com a defesa da relaxação do caráter auditorial do documento e inexistência de

mecanismo correccional funcional, a transcendência da influência do IAPO para campos concernentes às relações funcionais e clima organizacional.

As percepções e manifestações externadas, constituem mensagens que apontam para discreta melhoria no ambiente laboral, durante a abrangência total do período em estudo. Permeadas de conflitos e paradoxos, distorcidos em função da hierarquia e sentimentos de pertencimento e posicionamento sócio laboral dos respondentes, estas inferem a significados, concernentes a sutil evolução no clima institucional, descritos em ténue ganho de conforto laboral.

As ações de conversão do PMP em PEP imputam ao grupo funcional, pelo viés da modernização e informatização, sentimento de orgulho e pertencimento, entretanto, a preservação das reais fragilidades do PMP e PEP, e a inexistência de mecanismo correccional funcional indicam a composição de sentimento de insatisfação, repotencializando as situações de insegurança laboral e desconfiança funcional, em contribuição à manutenção das tensões sociais no ambiente de trabalho, dispostas em manifestações afetas à segregação, competição e autoproteção.

Corroborada de maneira puntiforme, ao cenário supra descerrado, o evidenciamento da importância da qualidade do PMP e PEP, e conseqüentemente de seus norteadores – IAPOs – para a prática do atendimento humanizado aos familiares dos pacientes em óbito, relacionando as incertezas geradas quanto ao conteúdo dos prontuários, a fator de estresse e angústia nos profissionais quando das circunstâncias da comunicação do óbito, impactando diretamente no equilíbrio e conforto emocional.

Apesar da discreta melhoria no ambiente laboral, evolução no clima institucional e ganho de conforto laboral identificados analiticamente pela pesquisa, durante os períodos de investigação e metamorfização dos prontuários e principalmente dos IAPOs, a dimensão de incidência não indica relevância suficiente para garantia de efetivação de conseqüências positivas no cenário laboral, entretanto, apontam para direção promissora evolutiva.

Considerando a apresentação dos resultados e sua análise crítica, que subsidiam as constatações em tela, este estudo apresenta arrazoado recomendatório e de medidas sugeridas que podem cooperar com a evolução do IAPO em favor da efetivação de conseqüências contributivas à otimização administrativo organizacional da EAS.

5.2 Produto Tangível Gerado pela Investigação

A elucidação do real cenário que envolve o objeto de pesquisa, proporcionou a identificação de características e tendências que proporcionalmente podem contribuir ou dificultar a retroalimentação do processo de utilização, manuseio e extração de informações do PMP e/ou PEP, em movimento contínuo de aperfeiçoamento, vetorizados pela essência normatizadora e norteadora dos IAPOs, por meio das influências impactantes no cenário organizacional da EAS, particularizado, a todos os setores operacionais de referência ao tratamento do óbito.

Do cenário organizacional ora particularizado, depreende-se sua constituição em condições institucionais, a saber: cultura institucional, rotina laboral, relações humanas de trabalho, zona de conforto laboral, e em completude, clima organizacional, que em situação de segurança jurídica, quando tratados assertivamente pelo gestor, neste caso, público, podem evoluir para cenário favorável à eficiente consecução dos objetivos da EAS em missão operacional de execução das políticas públicas de saúde em vigor.

Em contribuição, conforme o quadro nº 10, este estudo propõe grupo de recomendações e medidas administrativas, subsidiadas pelos resultados investigativos, que em sistema fechado, possuam capacidade suficiente para, enquanto ferramentas de gestão, promover o aperfeiçoamento contínuo do IAPO, em favor de sua efetividade quanto a manutenção da segurança jurídica na perspectiva do óbito e favorecimento das condições institucionais ora elencadas.

O arrazoado recomendatório apresentado, dotado de ações e programas sugeridos e suas respectivas medidas administrativas específicas encontra-se convenientemente setorizado e disposto em sequência lógico-estratégica para permitir implementação coerente à cadeia de eventos a desdobrar-se estruturalmente.

PRODUTO GERADO PELA INVESTIGAÇÃO		
AÇÕES e PROGRAMAS SUGERIDOS	GRUPO GESTOR	MEDIDAS ESPECÍFICAS
APERFEIÇOAMENTO DO IAPO		
Preservação e aproveitamento do conhecimento adquirido em referência ao PEP e IAPO	CIAPO	Criar banco de dados de informações e conhecimento acerca do PEP e IAPO.
Otimização da atividade institucional da CIAPO	DS, DC e DE	Capacitação organizacional formal da CIAPO.
Operacionalização do aperfeiçoamento do IAPO	CIAPO	Implementar Plano de Ação para aperfeiçoamento do IAPO, alinhado e associado a evolução digital do PEP.
	DC	Dar publicidade institucional acerca da existência e aplicação do IAPO e das prerrogativas da CIAPO.

Quadro 10 Produto Gerado pela Investigação – Ações e Programas Sugeridos / Medidas Específicas.

Fonte: Elaborado pela autora em 19 jan. 2022.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho buscou de forma geral verificar se o IAPO utilizado no HU-UEL possui efetividade para a garantia da qualidade dos registros e informações ético-legais dos pacientes internados que evoluíram a óbito. Para tanto, procedeu-se amplo estudo teórico, visando o levantamento de informações na literatura consagrada que fornecessem subsídios para o entendimento das situações evidenciadas. Inicialmente, ainda na

fase de definição da metodologia, foi necessário o aprofundamento no estudo bibliográfico quanto às técnicas de pesquisas sociais e suas variações, situação que evoluiu a busca da utilização multimetodológica para condução da pesquisa, e acúmulo de conhecimento suficiente para a tratativa de suas técnicas de associação e triangulação. Na finalização desta etapa realizou-se o dimensionamento das amostras e o estabelecimento das informações documentais necessárias.

Em continuidade, rumou-se pelos caminhos teóricos ao assunto abordado, construindo a trajetória proposta pela literatura, buscando descrição e subsídios para as etapas de evidenciamento dos dados, condições, e cenários necessárias para a composição dos resultados deste trabalho. Com o referencial teórico estabelecido e o subsídio a execução da pesquisa, submeteu-se as amostras dimensionadas aos dispositivos de pesquisa sugeridos pelos autores consultados e ao tratamento metodológico dos dados em submissão às técnicas adequadamente definidas para consecução dos resultados perseguidos.

Nesta etapa apresentou-se analiticamente os dados, em resultado das investigações acerca da quantificação de judicializações em função da evolução ao óbito na EAS, em todas as instâncias, que ao apresentar nulidades de eventos, sem ocorrência variacional entre os períodos de estudo, impossibilitou sua vinculação em relação de causa e efeito com a variação da ocorrência alta óbito, e o estabelecimento de nexos com aspectos referentes a condução do processo relativo ao paciente que evoluiu a óbito. Assim, o estudo qualitativo voltou-se para a busca das características do IAPO em seu processo evolutivo de aperfeiçoamento entre os períodos de 2013-2014 e 2018-2019 incluindo seu interstício, que poderiam ter oferecido influência nas características de desenvolvimento e contribuição para o aperfeiçoamento do PMP e/ou PEP.

Os resultados da investigação apontaram para a não relevância da efetividade do IAPO 2018-2019 em contribuição ao desenvolvimento e aperfeiçoamento do PEP 2018-2019, permitindo, inclusive, a remanescência das principais anomalias do PMP 2013-2014. Entretanto, havia a necessidade da inferência da relevância da relação entre o movimento evolutivo do IAPO, a metamorfização do PMP para o PEP, e onexo causal de impactância, apresentados pelos dados, tendências e cenários, estabelecidos, estruturados e analisados criticamente, quanto à zona de conforto laboral dos operadores do IAPO, PMP e PEP; cultura institucional; e no clima organizacional.

Neste procedimento, evidenciou-se discreta melhoria no ambiente laboral, evolução no clima institucional e ganho de conforto laboral, porém, a dimensão de incidência não indicou relevância suficiente para garantia da efetivação em contribuições ao cenário laboral.

Ademais, apontaram para direção promissora e evolutiva, e, em associação aos anteriores resultados, proporcionaram condições para produção de grupo de recomendações e medidas sugeridas que podem cooperar com a evolução do IAPO em favor da efetivação de consequências contributivas à otimização administrativo organizacional da EAS.

Especificamente, objetivava-se em primeiro momento, verificar a existência de variação relevante da incidência de judicializações que prosperaram contra o HU-UEL, exclusivamente pelo motivo do óbito, comparativamente entre os períodos de 2013-2014 e 2018-2019. Neste sentido, atingiu-se o objetivo específico, em face das informações serem elucidadas e mostrarem-se amplamente descritas no trabalho.

Entretanto, seus resultados demonstraram-se infrutíferos ao apresentar nulidades de eventos, sem ocorrência variacional entre os períodos de estudo, das ações judiciais que prosperaram contra o HU-UEL em todas as instâncias jurídicas, exclusivamente por motivo de óbito, impedindo o tratamento comparativo em suas relações de causa e efeito com a variação da ocorrência alta óbito, e a consequente vinculação de nexos causais com aspectos referentes a condução do processo relativo ao paciente que evoluiu a óbito e, em consequência, influência no “*status*” de segurança jurídica da instituição.

O segundo objetivo específico perseguido que consistiu na identificação da capacidade do IAPO, comparativamente entre os períodos de 2013-2014 e 2018-2019, em gerar efeitos contributivos para o aperfeiçoamento e desenvolvimento do prontuário médico utilizado pela EAS, foi contemplado com a elucidação e apresentação das características e aspectos que circundam o IAPO, bem como de sua evolução no período temporal em tela. A explicitação das relações de causa e efeito com a dinâmica evolutiva do PMP para o PEP, em seus pontos fortes e fragilidades, elucidaram nuances de interdependência e episódios específicos, constituindo importantes informações para a completude deste trabalho. Por fim, os resultados culminaram na observação da não efetividade do IAPO 2018-2019 no sentido da

promoção do aperfeiçoamento do PEP 2018-2019, com a agravante da permissão da continuidade de relevantes fragilidades do PMP 2013-2014.

O terceiro objetivo específico, constituído pela identificação da capacidade do IAPO, comparativamente entre os períodos de 2013-2014 e 2018-2019, em gerar efeitos contributivos para a melhoria do cenário organizacional da instituição, foi atingido por meio da ilustração das percepções e manifestações externadas, e das mensagens apuradas que apontaram para a existência de sutil evolução no clima institucional, com discreto ganho de conforto laboral. Entretanto, a dimensão desta incidência não indica relevância suficiente para garantia da efetivação de consequências positivas no cenário laboral, porém, aponta para direção potencialmente evolutiva.

A Realização de análise crítica dos dados e resultados obtidos para apresentação de grupo de recomendações e medidas que possam cooperar para o aperfeiçoamento e desenvolvimento do IAPO utilizado pelo HU-UEL, em favor da intensificação de geração de efeitos contributivos à otimização administrativo organizacional da instituição, quarto objetivo específico contemplado, é descrito na disposição de todos os dados, fatos, tendências e cenários identificados, analisados e sistematizados, que permeiam as etapas investigativas deste trabalho, e organizadamente proporcionaram a proposição de arcabouço de recomendações e medidas administrativas, que compõem o produto tangível gerado por esta investigação. Dotando-se como resultado deste trabalho.

Quanto às limitações do trabalho, estas são apresentadas pela incerteza do acolhimento e adoção da proposta, haja vista a necessidade do alinhamento com a cultura institucional, plano diretor e planejamento estratégico da EAS, e a dependência intrínseca da favorabilidade do momento sócio administrativo da instituição.

O mérito do trabalho encontra-se na investigação de considerável gama de dados, fatos, tendências e cenários que envolvem a rotina laboral hospitalar e seus diversos atores, que se relacionam com os prontuários médicos de pacientes que evoluíram a óbito, na condição de operadores ou como avaliadores por meio do IAPO. O processo investigativo fez emergir a radiografia do cenário sob a perspectiva do elemento humano, oportunizando-se analiticamente da influência do IAPO nos processos técnicos e relacionais para a composição de ferramenta de ciclo contínuo em contribuição a majoração da eficiência administrativa da EAS quanto ao atendimento integral das exigências das políticas públicas de saúde a que é submetida. Em finalização, a autora declara sua intenção de continuidade à elucidação de

problemáticas relacionadas ao tema, em oportunização de novos estudos, e recomenda o envide de esforços científicos por outros autores, em sequência à esta obra.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

ALBUQUERQUE, J. P. et al. **Repensando processos de formalização em sistemas informatizados: analisando a co-evolução entre software e práticas organizacionais.** FioCruz, 2009.

ALVES, P. C. B.; MINAYO, M. C. S. **Saúde e doença: um olhar antropológico.** Editora Fiocruz, 1994.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais.** Ed. UFSC, 2008.

BARDIN, L. Tradução de Luís Antero Neto e Augusto Pinheiro. **Análise de conteúdo**. Edições 70. **Lisboa. Portugal**, 1977.

BARSTAD-CASTRO-NEVES, M. G.; SOLLERO-DE-CAMPOS, F. A Relação Médico-Paciente sob a Ótica do Apego: pensando caminhos. Rio de Janeiro: PUC, 2018.

BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1997.

BENEVIDES, B; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**. Botucatu-São Paulo: v.9, n.17, p.389 - 394, 2005.

BERNAT, A.B.B.; PEREIRA, D. R.; SWINERD, M. B. Sofrimento Psíquico do Paciente Oncológico: O que há de específico? Rio de Janeiro: INCA, 2014.

BEZERRA, S. M. Prontuário Eletrônico do Paciente: uma ferramenta para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde. **Revista Meta: Avaliação**, v. 1, n. 1, p. 73-82, 2009.

BOLFARINE, H.; DE OLIVEIRA BUSSAB, W. **Elementos de amostragem**. Editora Blucher, 2005.

BRASIL, Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE; Política Nacional de Humanização. Brasília, 2010.

CAPELLA, A. C. N; BRASIL, F. G. **Análise de políticas: uma revisão da literatura sobre o papel dos subsistemas, comunidades e redes, 2015. p. 60-80**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/nec/n101/0101-3300-nec-101-0057.pdf>> . Acesso em: 05 jun. 2017.

CARLINI, A. **Judicialização da saúde pública e privada**. Livraria do Advogado Editora, 2018.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.493/1998**. HU-UEL Cópia Anexo Circular Interna, 2013

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1638/2002**. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1639_2002.htm>. Acesso em: 20 jun. 2017.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.293/2021. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2021/2293>>. Acesso em: 20 set. 2021.

CHIAVENATO, I. **Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações**. Editora Manole, 2005.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**. Elsevier Brasil, 2008.

CIF, OMS. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. **São Paulo: EDUSP**, 2003.

CORTOPASSI, A. C.; LIMA, M. C. P; GONÇALVES, I. J. Percepção de pacientes sobre a internação em um hospital universitário: implicações para o ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 30, n. 2, p. 42-48, 2006.

DA SILVA FONSECA, A. et al. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. **Mundo saúde**, v. 29, n. 2, p. 161-169, 2005.

DAYCHOUM, M. **40 + 4 ferramentas e técnicas de gerenciamento**. Brasport, 2010.

DALLARI, S. Aspectos particulares da chamada judicialização da saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 14, n. 1, p. 77-81, 2013.

DE ABREU DALLARI, D. **O que são direitos da pessoa**. Brasiliense, 2017.

DE SOUZA MINAYO, M. C.; DE ASSIS, S. G.; DE SOUZA, E. R. (Ed.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Editora FIOCRUZ, 2005.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford University Press, 2002.

EISENHARDT, K. Building theories from case study Research. **The Academy of Management Review**, v. 14, n. 4, 1989.

FERNANDES, J. C. L. A quem interessa a relação médico paciente?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, p. 21-27, 1993.

FERREIRA, A. R. Modelo de excelência em gestão pública. **Revista Eixo**, v. 1, n. 1, p. 31-43, 2012.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 9, p. 2072-2080, 2007.

GASQUE, K. C. G. Dias. Teoria fundamentada: nova perspectiva à pesquisa exploratória. 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. Atlas, 2010.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, p. 129-153, 1990.

GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Editora FIOCRUZ, 2012.

GOMES, T. R. et al. O erro médico sob o olhar do Judiciário: uma investigação no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 6, n. 1, p. 72-85, 2017.

GONÇALVES, E. L. Gestão hospitalar: administrando o hospital moderno. In: **Gestão hospitalar: administrando o hospital moderno**. 2006.

HU/UEL, Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. **Regimento Interno**, 2013.

HU/UEL, Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. **Divisão de Serviço Médico e Estatística**. Relatório anual, 2014

HU/UEL, Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. **Assessoria de Controle e Planejamento de Recursos Humanos** do HU/UEL. Jul. 2017.

HU/UEL, Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. **Assessoria de Controle e Planejamento de Recursos Humanos** do HU/UEL. Ago. 2018.

HU/UEL-Q, Hospital Universitário da Universidade estadual de Londrina. **Manual de acesso e utilização do módulo MedView (Prontuário Eletrônico do Paciente)**. Versão 2.0. Set. 2020.

JÚNIOR, A. S; ROLIM, L. C.; MORRONE, L. C. O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 51, n. 1, p. 11-16, 2005.

KAUFMANN, J. A **entrevista compreensiva: um guia para pesquisa de campo**. Editora Vozes Limitada, 2013.

LIMA, S. M. L.; RIVERA, F. J. U. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2507-2521, 2012.

MAIA, K. A.; SOANE, A. M. N. C.; FORTES, A. F. A. Informar o óbito aos familiares: significados e sentimentos dos enfermeiros. **Enfermagem Brasil**, v. 12, n. 6, p. 323-329, 2013.

MARANGONI, A. M. M. C. Questionários e entrevistas: algumas considerações. **Venturi, Luís Antônio Bittar: técnicas de campo e laboratório**. São Paulo: Oficina de Texto, 2005.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. Hospitais universitários: avaliação comparativa de eficiência técnica. 2001.

MARQUES, D. B.; URQUIZA, M. **Análise de conteúdo**. Clube de Autores, 2021.

MARTINS, C. et al. Comissões hospitalares: a produção de indicadores de gestão hospitalar. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 1, n. 1, p. 97-107, 2012.

MARTINS, J. M. Gestão do conhecimento. **Lisboa: Edições Sílabo, 2010.**

MASSAD, E.; MARIN, H. F.; AZEVEDO, R. S. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**, São Paulo: H. de F. Marin, 2003. p.73-83

MASSAD, E.; MARIN, H. F.; AZEVEDO NETO, R. S. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. In: **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. 2003. p. 202-202.

MATTAR, F. et al. **Pesquisa de Marketing**, 7ª Edição. Elsevier Brasil, 1999.

MAZZILLI, H. N. A defesa dos interesses difusos em juízo: meio ambiente, consumidor, patrimônio cultural, patrimônio público e outros interesses. **São Paulo, 2012.**

MCDONALD, L. **Florence Nightingale: The Nightingale School: Collected Works of Florence Nightingale**. Wilfrid Laurier Univ. Press, 2009.

MENDES, A. C. Indenização por dano oriundo de erro médico. **Revista Bioética**, v. 2, n. 2, 2009.

MINTZBERG, H. **Ascensão e queda do planejamento estratégico**. Bookman, 2004.

MONTENEGRO, L. C. *et al.* Problemas éticos na prática de profissionais de saúde em um hospital escola. **Avances en Enfermería**, v. 34, n. 3, p. 226-235, 2016.

MORAES, A. de. **Direito constitucional administrativo**. 4ª Edição. São Paulo: Atlas, 2007.

MOREIRA, E. G. **Clima organizacional**. IESDE BRASIL SA, 2012.

MOTTA, F. C. P. A teoria geral dos sistemas na teoria das organizações. **Revista de Administração de Empresas**, v. 11, p. 17-33, 1971.

MPPR – MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ. **Campo de atuação – Saúde Pública**. Disponível em: <<https://saude.mppr.mp.br/pagina-1082.html>>. Acesso em: 22 jun. 2021.

NEGRÃO, T. **CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL E LEGISLAÇÃO PROCESSUAL EM VIGOR-2016**. Saraiva Educação S.A., 2017.

NETO, A. C. *et al.* Prontuário médico: o que fazer para não se preocupar?. **Rev Med Minas Gerais**, v. 15, n. 4, p. 257-60, 2006.

NETO, C.; DENDASCK, C.; OLIVEIRA, E de. A evolução histórica da Saúde Pública. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 1, n. 1, p. 52-67, 2016.

NOGUEIRA, C. S. **Prontuário Médico, 2005**. Disponível em: <<http://www.medicinaoral.org/wp-content/uploads/2011/05/prontuario-medico.pdf>> Acesso em: 20 jul. 2017.

- NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e sociedade**, v. 3, p. 5-21, 1994.
- PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. **Tratado de saúde coletiva**, v. 2, p. 767-82, 2006.
- PAIM, J. S. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- PAIM, J. S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, v. 43, p. 15-28, 2020.
- PEREIRA, E. H. P.; BARROS, R. D. B. Humanização. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, Observatório dos técnicos em saúde, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.
- POLICASTRO, D. Erro médico e suas consequências jurídicas. 4. ed. Belo Horizonte: Editora Del Rey. 2013.
- POLIT, D. F.; BECK, C. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Artmed Editora, 2011.
- QUEIROZ, A. H. A. B. *et al.* Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2615-2623, 2013.
- REZENDE, D. A. **Planejamento estratégico para organizações privadas e públicas**. Brasport, 2008.
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.
- RODRIGUES, L. P.; DE MENDONÇA, D. **Ernesto Laclau e Niklas Luhmann: pós-fundacionismo, abordagem sistêmica e as organizações sociais**. EdiPUCRS, 2006.
- ROSEN, G. Da Polícia Médica à Medicina Social. **Rio de Janeiro: Graal**, 1980.
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.
- SCHENINI, P. C. Políticas Públicas. Curitiba: Instituto Federal do Paraná, 2012.
- SILVA, F. G.; TAVARES-NETO, J. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. **Revista brasileira de educação médica**, v. 31, n. 2, p. 113-126, 2007.
- SIQUEIRA, A. S. A. *et al.* Sofrimento psíquico dos enfermeiros na assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos. 2018.
- SIQUEIRA, K. M. *et al.* Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 68-73, 2006.
- SLEE, V.; SLEE, D.; SCHMIDT, H. J. **The endangeres medial record – ensuring its integrity in the age of informatics**. Saint Paul, Minnesota, Tringa Press, 2000.
- SOUSA, M. E. *et al.* O paciente hospitalizado à luz da teoria cognitivo-comportamental. **Psicologia Hospitalar**, v. 13, n. 1, p. 19-41, 2015.

SOUZA, G. A. *et al.* Comunicação da morte: modos de pensar e agir de médicos em um hospital de emergência. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, p. e280324, 2019.

SOUZA, N. O. Políticas de Saúde: esquematizada e comentada. 2. ed. Salvador: Editora Sanar, 2020.

TRAVASSOS, C.; NORONHA, J. C.; MARTINS, M. Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, p. 367-381, 1999.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. Atlas, 1987.

UEL, Universidade Estadual de Londrina. **Pró Reitoria de Planejamento**. Relatório anual, 2020.

VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H. S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s173-s182, 2008.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. Atlas, 1997.

VIANNA, A.; PICCELLI, H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 44, n. 1, p. 21-27, 1998.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é Saúde Coletiva. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, p. 3-12, 2014.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Trad. **Daniel Grassi**, v. 2, 2005.

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “Análise da Efetividade de um Instrumento de Avaliação Documental de Óbitos em Um Hospital Universitário Público”, a ser realizada no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. O objetivo da pesquisa é analisar a efetividade de um instrumento de avaliação documental de óbitos como

ferramenta ético-legal em prontuários médicos do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. Destacamos que sua participação é muito importante, para evidenciar suas percepções acerca dos aspectos do instrumento que contribuem para o entendimento, precisão, segurança e senso de acolhimento, ao prestar as informações acerca das características e procedimentos referentes ao óbito em questão; e da qualidade ambiental do trabalho sob estas condições.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, por isso o (a) senhor(a) tem o direito de recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, não acarretando nenhum ônus ou prejuízo à sua pessoa. Além disso, as informações fornecidas serão utilizadas somente, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, sendo garantido o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Não há pagamento nem remuneração pela sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Quanto aos benefícios desta pesquisa, espera-se, que o tratamento analítico da quantificação de óbitos ocorridos no período; número de reclamações formais; número de ações respectivamente judicializadas; número de eventos de questionamentos de órgãos de controle, comparativamente, e em triangulação ao aspecto qualitativo das percepções acerca da verificação das condições de relacionamento dos servidores/operadores/atores do processo com o instrumento de avaliação de prontuários de óbitos aplicado em 2018 e 2019, e seus efeitos quanto ao comprometimento e internalização (zona de conforto operacional), asseverem-se em caráter de apuração conclusiva da análise proposta, em favor de contribuir com a melhoria dos instrumentos de avaliação e sua aplicabilidade como ferramenta de gestão. Perpassando transversalmente pelos conceitos de humanização no atendimento e valorização do trabalhador.

Quanto aos riscos, o respondente estará exposto a riscos mínimos, podendo o participante sentir-se cansado ou desconfortável ao responder às questões da entrevista ou preocupado com a exposição de dados pessoais. Para minimizar esses riscos, será providenciado um ambiente que garanta privacidade durante as entrevistas e não serão utilizadas informações pessoais dos participantes que possam identificá-los. Caso o participante se sinta desconfortável ou cansado, a entrevista será interrompida e reagendada ou cancelada conforme o desejo do participante.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvida ou necessite de maiores esclarecimentos, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Isabel Cristina Rodrigues, Jangada Zona 07, Cidade de Maringá, telefone (44)99925-9734, e-mail: icrodrigues@uem.br; com a pesquisadora Rosimary Maria de Jesus, Av. Robert Koch, 60, Cidade de Londrina, telefone: (43)99998-4809, e-mail: rosimary@uel.br; ou procurar o Comitê de Ética em

Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá – COPEP, de segunda a sexta-feira das 8 às 11h30 e 14h às 17h30: Av. Colombo, 5790, PPG, sala 4, CEP 87020-900. Maringá-Pr. Fone: (44) 3011-4444, e-mail: copep@uem.br.

Caso o(a) senhor(a) concorde em participar desta pesquisa, permanecerá com uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pelos pesquisadores.

Londrina, ____ de _____ de 2021.

 Profa. Dra. Isabel Cristina Rodrigues

 Rosimary Maria de Jesus

_____ (Nome por extenso do Respondente), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura : _____

Data: __/__/__

APÊNDICE II

ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA A AMOSTRA QL

Operador do Processo:

1. Quais funções você exerce na Instituição?

2. Há quanto tempo se relaciona com os esclarecimentos sobre as condições de ocorrência de óbitos e quanto faz parte de suas tarefas rotineiras?	Se a mais de 06 anos, compare o ambiente emocional de trabalho do início com o existente nos últimos 02 anos.
	Se a menos de 06 anos, descreva o ambiente emocional de trabalho nos últimos 02 anos.
3. Qual sua opinião sobre os prontuários dos pacientes que evoluíram a óbito?	Quanto à adequação estética e formal?
	Quanto à aplicabilidade?
	Quanto à clareza e agilidade de interpretação?
	Sugira alterações que contribuam em suas tarefas rotineiras.
4. Dê sua opinião sobre as características específicas dos prontuários dos pacientes que evoluíram a óbito.	Sequência lógica.
	Fundamentação.
	Amparo ao seu trabalho.
	Amparo ao Servidor.
5. Discorra sobre o prontuário.	Quanto a seus pontos fortes.
	Quanto a suas fragilidades.
	Quanto a sua relevância.
	Quanto a suas interfaces
6. Ao atender um familiar de paciente nuperfalecido, quais suas preocupações quanto às informações disponíveis em prontuário?	
7. Ao atender órgãos de fiscalização e controle, quais suas preocupações quanto às informações disponíveis em prontuário.	
8. Aponte e descreva sua percepção sobre...	A melhor característica dos prontuários.
	O que nele te motiva profissionalmente?
	A fragilidade crítica dos prontuários?
	O que te insatisfaz ao utiliza-lo?

ANEXO I

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ÓBITOS – PERÍODO 2013-2014

Universidade Estadual de Londrina
Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná
Subcomissão de Prontuários

AVALIAÇÃO DOCUMENTAL DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO PACIENTE

Iniciais: _____	N.º atendimento: _____	Sexo: _____	Idade: _____
Clínica: _____		Enf./Leito: _____	Unidade: _____
Data do Internamento: ____/____/____	Data do Óbito: ____/____/____	Data da Avaliação: ____/____/____	
Diagnóstico de internamento: _____			Avaliador: _____

2. Indica a hora da admissão?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> N.A.
3. Os dados de identificação do paciente estão preenchidos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> N.A.
4. Os horários da prescrição médica estão corretos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> N.A.
5. As medicações prescritas estão checadas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> N.A.
6. A evolução clínica está preenchida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> N.A.
7. Existe o registro do nome do profissional ?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> N.A.
8. Há o registro do n.º do Conselho Profissional?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> N.A.
9. A prescrição de enfermagem está preenchida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> N.A.
10. Existe o registro do nome do profissional ?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> N.A.
11. Há o registro do n.º do Conselho Profissional?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> N.A.
12. As anotações de enfermagem possuem hora e assinatura?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> N.A.
13. Há o registro do n.º do Conselho Profissional?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> N.A.
14. Há registro de sinais vitais do paciente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> N.A.
15. Está descrita a condição de alta do paciente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> N.A.
16. A letra está legível?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> N.A.
17. Não como recurso, uso de abreviações ou siglas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> N.A.

10. A letra está legível? Sim Parcial Não N.A.
 11. É um impresso oficial (euel)? Sim Parcial Não N.A.

XI. DECLARAÇÃO DE (NÃO) AUTORIZAÇÃO DE DOAÇÃO (presente no caso de doação de órgãos)

1. Todos os dados estão preenchidos? Sim Parcial Não N.A.
 2. Os órgãos a serem doados estão especificados? Sim Parcial Não N.A.
 3. Há registro da data e assinatura do declarante? Sim Parcial Não N.A.
 4. Há registro do nome, RG e assinatura das duas testemunhas? Sim Parcial Não N.A.
 5. A letra está legível? Sim Parcial Não N.A.
 6. É um impresso oficial (euel)? Sim Parcial Não N.A.

XII. FICHA DE VISITA PRÉ-ANESTÉSICA (folha à parte usada para pacientes cirúrgicos, pelo anestesista)

1. Há registro de visita pré-anestésica? Sim Parcial Não N.A.
 2. A data está registrada? Sim Parcial Não N.A.
 3. Os dados de identificação estão preenchidos? Sim Parcial Não N.A.
 4. Há registro do diagnóstico pré-operatório? Sim Parcial Não N.A.
 5. Há registro da cirurgia proposta? Sim Parcial Não N.A.

13. Há registro da presença de curativos, sondas, drenos e infusão venosa?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.
14. Existe a determinação da forma de aquecimento utilizada?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.
15. Há registro dos controle de irrigação contínua?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.
16. As observações possuem hora e assinatura?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.
17. Há registro de orientações feitas à familiares ou acompanhantes sobre estado geral do paciente?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.
18. A letra está legível?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.
19. Não ocorre rasuras, uso de corretivo ou etiquetas?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.
20. Existe o registro do nome do profissional (aux./ téc; enf.; anestesista)?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.
21. Há o registro do n.º do Conselho Profissional?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.
22. E um impresso oficial (euel) ?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.

XV. DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO (folha à parte)

1. A data está registrada?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.
2. Os dados de identificação do paciente estão preenchidos?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.
3. Há registro do diagnóstico pré-operatório?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.

- | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|-----|--------------------------|---------|--------------------------|-----|--------------------------|------|
| 8. Não ocorre rasuras, uso de corretivo ou etiquetas? | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Parcial | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | N.A. |
| 9. É um impresso oficial (euel)? | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Parcial | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | N.A. |

XVIII. PARTOGRAMA (maternidade)

- | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|-----|--------------------------|---------|--------------------------|-----|--------------------------|------|
| 1. Indica data (é diária)? | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Parcial | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | N.A. |
| 2. Os dados de identificação da paciente estão preenchidos? | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Parcial | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | N.A. |
| 3. A ficha está devidamente preenchida? | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Parcial | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | N.A. |
| 4. Existe o registro do nome do profissional? | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Parcial | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | N.A. |
| 5. Há o registro do n.º do Conselho Profissional? | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Parcial | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | N.A. |
| 6. A letra é legível? | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Parcial | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | N.A. |
| 7. Não ocorre rasuras, uso de corretivo ou etiquetas? | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Parcial | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | N.A. |
| 8. É um impresso oficial (euel)? | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Parcial | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | N.A. |

XIX. FICHA DO RN (centro cirúrgico e maternidade)

- | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|-----|--------------------------|---------|--------------------------|-----|--------------------------|------|
| 1. Os dados de identificação estão preenchidos? | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Parcial | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | N.A. |
| 2. Os antecedentes obstétricos estão preenchidos? | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Parcial | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | N.A. |
| 3. Os dados da gravidez atual estão preenchidos? | <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Parcial | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | N.A. |

7. Indica a conduta?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.
8. A letra é legível?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.
9. Não ocorre o uso de abreviaturas não padronizadas?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.
10. Não ocorre rasuras, uso de corretivo ou etiquetas?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.
11. Existe o registro do nome do profissional?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.
12. Há o registro do n.º do Conselho Profissional?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.
13. É um impresso oficial (euel)?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.
15. É um impresso oficial (euel)?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.

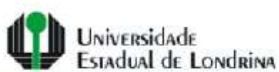
XXII. PRESCRIÇÃO DE MÉDICA (avallar todas as folhas)

1. Indica a data (é diária)?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.
2. Indica a hora?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.
3. Os dados de identificação do paciente estão preenchidos?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.
4. Os horários estão prescritos de forma correta?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.
5. Os horários estão checados?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.
6. A letra é legível?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	N.A.

5. Evolução do internamento (informações mais relevantes):

6. Exames solicitados (resultados mais relevantes):

ANEXO II
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ÓBITOS – PERÍODO 2018-2019



DIRETORIA CLÍNICA
COMISSÃO DE ÓBITOS
AVALIAÇÃO DOCUMENTAL DE ÓBITOS

Iniciais: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Data Nasc: ____ / ____ / ____	Nº Prontuário: _____	Data de Internação: ____ / ____ / ____
Diagnóstico da Internação: _____				

CATEGORIAS AVALIATIVAS PARA ANÁLISE

Objetivos da Comissão de Óbitos do HUL:

1. Avaliar a qualidade da assistência prestada no HUL a partir da análise dos óbitos hospitalar;
2. Detectar a ocorrência de eventos adversos (acidentes ou falhas operacionais) que podem comprometer a qualidade da assistência ou influir no curso da internação, indicando necessidade de revisão do processo assistencial e a avaliação do funcionamento da própria comissão de óbitos do HUL;
3. Avaliar a adequação da história clínica de admissão, da evolução, da investigação diagnóstica desencadeada pela hipótese diagnóstica inicial e da terapêutica instituída.

Considerar os critérios durante avaliação dos registros em prontuário:

ANEXO III
PRONTUÁRIO MÉDICO DO PACIENTE – PERÍODO 2013-2014

	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA Av. Robert Koch Nº80, Vila Operária - Londrina/PR. CEP. 86038-440 - Telefone: 43 3371-2000 CNPJ: 78.860.489/0001-15 - CNES: 378185-9
Anamnese Adulto	
01/07/2020 16:53:36	Profissional:



ADENDO DE INTERNAÇÃO – CTQ/ENFERMARIA

DATA: _____

CASO PASSADO POR: _____

PACIENTE PROVENIENTE DE: _____

HISTÓRIA: _____

COMORBIDADES: _____

MEDICAÇÕES EM USO: _____

VACINAÇÃO: _____

ALERGIAS: _____

CIRURGIAS ANTERIORES: _____

DIAGNOSTICO: _____

CONDUTA E PRESCRIÇÃO: _____

OBS: _____

RESPONSÁVEL: _____

(CARIMBO E ASSINATURA)

H O R A S	SINAIS VITAIS				PROCEDIMENTO			INGESTA			ELIMINAÇÕES				DRENOS	NOME/COREN
	PA	FC	T	FR	GC	Oximetria	Mudança de Decúbito	Dietas	Líquidos	Estase	Evacuação	Diurese	Vômito			
								Jejum () S.N.G () S.E () V.O ()		Volume () Aspecto ()	Nº () Aspecto ()	Vol. () Nº () Aspecto ()				
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
SUBTOTAL PERÍODO DA TARDE																
20																
21																
22																
23																
24																
1																
2																
3																
4																
5																
6																
SUBTOTAL PERÍODO DA NOITE																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
SUBTOTAL PERÍODO DA MANHÃ																
TOTAL																

PA: Pressão Arterial; T: Temperatura; FR: Frequência; GC: Glicemia Capilar; VO: Via Oral; SNG: Sonda Naso-gástrica; SE: Sonda Enteral
 Quantidade: (+) Pequena (++) Média (+++) Grande
 Eliminações: SP/SPA = Semipastosa/Amarelada; L/LE/LA = Líquida/Esverdeada/Amarelada; L/LE/LA = Leite de Vaca Integral; PL = Papa de Legumes; SF = Suco de Frutas; PF = Papa de Frutas
 DIETA: DG = Dieta Geral; LM = Leite Materno; LVI = Leite de Vaca Integral; PL = Papa de Legumes; SF = Suco de Frutas; PF = Papa de Frutas



AVALIAÇÃO PERIOPERATÓRIA

Médico consultante: _____	Clínica solicitante: _____ Data: __/__/__
---------------------------	--


Nome: _____			
RG: _____	Data de nascimento: __/__/__	Idade: ____	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Ambulatorial: <input type="checkbox"/>	Internação: <input type="checkbox"/>	Leito: _____	Data de Internação: __/__/__
Diagnósticos: _____			
Cirurgia proposta: _____			
Cirurgia: <input type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Urgência		<input type="checkbox"/> Exames Laboratoriais	<input type="checkbox"/> Rx tórax
Tipo de anestesia: <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Raqui <input type="checkbox"/> Bloqueio <input type="checkbox"/> Sedação apenas		<input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> ECG

HISTÓRIA CARDIOVASCULAR

Dor torácica: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S Tipo: _____	Desencadeantes: _____
Intensidade: _____	Duração: _____
Irradiação: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	Fatores de melhora: _____
Sintomas associados: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	
Dispnéia: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	Classe funcional: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Ortopnéia: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	Edema de membros inferiores: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
Arritmia: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	
Marca passo: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	Cardiodesfibrilador implantável: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
Marca do dispositivo: _____	Hospital onde foi realizado o implante do dispositivo: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

Hipertensão arterial sistêmica: <input type="checkbox"/>	Tempo: _____
Diabetes: tipo 1: <input type="checkbox"/> tipo 2: <input type="checkbox"/>	Tempo: _____ Insulina: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Dislipidemia: <input type="checkbox"/>	Tempo: _____
Tabagismo? <input type="checkbox"/>	Tempo: _____ Carga tabágica: ____anos-maço
Ex-tabagismo: <input type="checkbox"/>	Parou há quanto tempo: _____
Etilismo: <input type="checkbox"/>	Tempo: _____
Doença hepática: <input type="checkbox"/>	Cirrose hepática: <input type="checkbox"/>
Doença de Chagas: <input type="checkbox"/>	
Hipotireoidismo: <input type="checkbox"/>	Hipertireoidismo: <input type="checkbox"/> TSH: _____
Infarto agudo do miocárdio: <input type="checkbox"/>	Data: _____
Implante de stent: <input type="checkbox"/>	Data: _____ Artérias: _____
Cirurgia de revascularização miocárdica: <input type="checkbox"/>	Data: _____ Pontes: _____
Cirurgia de troca valvar cardíaca: <input type="checkbox"/>	Data: _____ Tipo e local da prótese: _____
Cirurgia de correção de aneurisma: <input type="checkbox"/>	Data: _____ Topografia: _____
Hospital onde realizou cateterismo/cirurgia: _____	
Parada cardiorrespiratória: <input type="checkbox"/>	Data: _____
Cirurgia de enxerto vascular periférico: <input type="checkbox"/>	Data: _____ Topografia: _____
Oclusão arterial aguda: <input type="checkbox"/>	Data: _____ Topografia: _____
DPOC: <input type="checkbox"/>	Asma: <input type="checkbox"/> Espirometria: _____
Insuficiência renal aguda: <input type="checkbox"/>	Insuficiência renal crônica: <input type="checkbox"/> Diálise: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
Acidente vascular cerebral isquêmico: <input type="checkbox"/>	Data: _____
Acidente vascular cerebral hemorrágico: <input type="checkbox"/>	Data: _____
Trombose venosa profunda: <input type="checkbox"/>	Data: _____ Membro: _____ Embolia pulmonar: <input type="checkbox"/> Data: _____
História de hemorragia grave: <input type="checkbox"/>	Recebeu transfusão? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S Data: _____
Complicações cirúrgicas: <input type="checkbox"/> Quais? _____	Data: _____
Alergia à medicação: <input type="checkbox"/> Qual? _____	

 Universidade Estadual de Londrina Hospital Universitário		Nome	Sexo:	RG:	Data:
		Idade			
		Cirurgia:			
		Cirurgiões			
PRÉ-ANEST. (EFEITO)			ESTADO FÍSICO (ASA):		
FICHA DE ANESTESIA					
HORA					
AGENTES					
LIQUID. CATET. IV					
DIURESE					
PVC					
ANEST. X	260				
X	240				
42	220				
40	200				
38	180				
36	180				
34	140				
32	120				
30	100				
28	80				
26	80				
40	40				
20	20				

AGENTES ANESTÉSICOS E AUXILIARES (doses)		MONITORES E AUXILIARES		ANESTESIA GERAL	
1.	8.	estelo prec.	<input type="checkbox"/>	retal	<input type="checkbox"/>
2.	9.	estelo esof.	<input type="checkbox"/>	esofag.	<input type="checkbox"/>
3.	10.	card oscópio	<input type="checkbox"/>	temp. a. pulm.	<input type="checkbox"/>
4.	11.	PA auscult	<input type="checkbox"/>	colchão	<input type="checkbox"/>
5.	12.	PA oscilosc.	<input type="checkbox"/>	aquec. sangue	<input type="checkbox"/>
6.	13.	monitor D ₂	<input type="checkbox"/>	estim. nervos	<input type="checkbox"/>
7.	14.	CO ₂	<input type="checkbox"/>	EEG	<input type="checkbox"/>
				DOPPLER <input type="checkbox"/>	
LÍQUIDOS E DERIVADOS DO SANGUE		BLOQUEIOS		VENTILAÇÃO	
		RAQUI <input type="checkbox"/>	PERID <input type="checkbox"/>	CONT <input type="checkbox"/>	espont. <input type="checkbox"/>
		SELA <input type="checkbox"/>	SACRA <input type="checkbox"/>		assist. <input type="checkbox"/>
		Sentado <input type="checkbox"/>	d/d <input type="checkbox"/>	d/d <input type="checkbox"/>	control. <input type="checkbox"/>
		agulha nº	Nível		
		altura bloq.	pos após		
		OUTROS			
TOTAL				sist. Volúbil:	
PERDA SANGÜÍNEA				af absorv. avalv. valv.	
OBS:				ci absorv. circ. vslv. circ. avslv.	
				VC ml	
				FR rpm	
				VM m/min.	
				DESPERIAN	
				laringoexp. - broncoexp. - vômito - depressão resp.	
				SÁIDA DA S.O.	
				consc. <input type="checkbox"/>	
				soncl. <input type="checkbox"/>	
				anest. <input type="checkbox"/>	
				intub. v. espont. <input type="checkbox"/>	
				intub. v. control. <input type="checkbox"/>	



**RASTREABILIDADE DOS
MATERIAIS ESTERILIZADOS**

DATA: __/__/__

NOME DO PACIENTE: _____

RG: _____

CIRURGIA: _____

CIRURGIÃO: _____

CIRCULANTE: _____

INTEGRADOR QUIMICO: _____

MATERIAIS UTILIZADOS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ

LAUDO DE EVOLUÇÃO CLÍNICA PARA O I.M.L.

Londrina, _____ de _____ de _____

Ilmo. Sr.
Diretor do Instituto Médico Legal
Nesta.

Prezado Doutor,

Acompanhando a presente, encaminhamos o cadáver à
_____, recebido em nosso
Pronto Socorro, vítima de _____
conforme informações dos acompanhantes.

HISTÓRICO DE ATENDIMENTO:

DATA DA INTERNAÇÃO: ____/____/____ DATA DO ÓBITO: ____/____/____
HORÁRIO DO ÓBITO: _____

Sem mais para o momento, colocamo-nos a disposição para esclarecimentos necessários.

Atenciosamente

MÉDICO CRM



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

I	1) Tipo da óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Não Fetal	2) Data do óbito	3) Cartão SUS	4) Naturalidade
	Município UF (em abreviação informada)			
II	5) Nome do falecido		6) Nome da Mãe	
	7) Nome do Pai		8) Nome da Mãe	
III	9) Data de nascimento	10) Idade Anos Meses Dias	11) Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> Ignorado	12) Situação conjugal 1) Solteiro 4) Separado judicialmente 2) Casado 5) União estável 3) Viúvo 6) Ignorado
	13) Escolaridade (última série concluída) Nível 0) Sem escolaridade 3) Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1) Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4) Superior incompleto 2) Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5) Superior completo	14) Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado)		Código CBO 2002
IV	15) Logradouro (rua, praça, avenida, etc)		16) CEP	
	17) Bairro/Distrito	Código	18) Município de residência	Código UF
V	19) Local de ocorrência do óbito 1) Hospital 3) Domicílio 5) Outros Ignorado 2) Outros estabelecidos 4) Via pública 6) Aldeia indígena		20) Estabelecimento	
	21) Endereço de ocorrência (rua, praça, avonida, etc)		Número	22) CEP
VI	23) Bairro/Distrito	Código	24) Município de ocorrência	Código UF
	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE			
VII	25) Idade (anos)	26) Escolaridade (última série concluída) Nível 0) Sem escolaridade 3) Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1) Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4) Superior incompleto 2) Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5) Superior completo	27) Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)	
	28) Número de filhos vivos Nascidos vivos		29) Nº de semanas de gestação	30) Tipo de gravidez 1) Única 2) Dupla 3) Tripla e mais 9) Ignorada
VIII	31) Tipo de parto 1) vaginal 2) Cesáreo 3) Ignorado		32) Morte em relação ao parto 1) Antes 2) Durante 3) Depois 9) Ignorado	
	33) Óbito de mulher em idade fértil A morte ocorreu: 1) Na gravidez 3) No abortamento 2) No parto 4) Após 42 dias após o término da gestação 5) Não ocorreu, nestes períodos		34) Assistência médica durante a doença que ocasionou a morte? 1) Sim 2) Não 9) Ignorado	
IX	35) CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado morbido que causou diretamente a morte		36) ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	
	37) CAUSAS ANTERIORES Eventos morbidos, se existentes, que precedem a causa acima registrada, mencionando-se em última lugar a causa básica		38) Diagnóstico confirmado por CID tempo decorrido entre o início da doença e a morte	
X	39) PARTE II Culpa das condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, no código acima			
	40) Nome do Médico		41) CRM	42) Óbito atestado por Médico 1) Assistência 4) SVO 2) Substituto 5) Outro 3) IML
XI	43) Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc)		44) Data do atestado	45) Assinatura
	46) PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)		47) Fonte da informação 1) Ocorrência Policial Nº 2) Hospital 3) Família 4) Outra	
XII	48) Tipo 1) Acidente 3) Homicídio Ignorado 2) Suicídio 4) Outros 5) Acidente do trabalho 6) Não		49) Município e UF do SVO ou IML	
	49) Descrição sumária do evento		50) Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência 1) Via pública 4) Estabelecimento comercial 2) Endereço de residência 5) Outros 3) Outro domicílio 6) Ignorada	
XIII	51) ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA Logradouro (rua, praça, avenida, etc)		Número	Bairro
			Município	UF

ANEXO IV

CONSULTA AO ProJudi DO TJPR (exemplificação de telas)

The image displays two screenshots of the 'Consultas públicas do PROMP' web application interface. Both screenshots show the search results for 'Inquéritos Cíveis e seus andamentos no MP'.

Screenshot 1 (Left):

- Numero do Procedimento:** [Empty field]
- Comarca:** LONDRINA
- Promotoria:** 21ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DA COMARCA DE LONDRINA (COMUNIDADES) - SERVIÇO SOCIAL
- Ano:** 2013
- Área jurídica tutelada:** DIREITOS HUMANOS
- Data de atualização:** 25/02/2021 04:00:19

Screenshot 2 (Right):

- Numero do Procedimento:** [Empty field]
- Comarca:** LONDRINA
- Promotoria:** 24ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DA COMARCA DE LONDRINA (COMUNIDADES) - SERVIÇO SOCIAL
- Ano:** 2019
- Área jurídica tutelada:** SAÚDE
- Data de atualização:** 25/02/2021 04:00:19

Both screenshots include a search bar at the bottom with the text 'Pesquisar' and a magnifying glass icon. The browser's address bar shows the URL 'apps.mppr.mp.br/orcls/F?p=121:21:018851:491063:0:NO::'.

ANEXO V PETIÇÃO AO CDCL



EXTRATO PARA USO DA UNIDADE ARRECADADORA

FORO CENTRAL DA COMARCA DA REGIÃO METROPOLITANA DE LONDRINA - 1º OFÍCIO DO DISTRIBUIDOR, CONTADOR, PARTIDOR E DEPOSITÁRIO PÚBLICO

Interessado: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LONDRINA

Banco: Caixa Econômica Federal

Número do Documento: 0000000043013588-8

Nosso Número: 1400000008147420

Certidão fore judicial: Folhas Adicionais

RS 252,12

TOTAL

(1.161,84 VRC) RS 252,12

Emitido em 26/02/2021

Esta via deve ser entregue ao Ofício do Distribuidor juntamente com a petição inicial na ocasião do ajuizamento da ação para fins de identificação do pagamento.

Valor da VRC: R\$ 0,217



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARANÁ

Recibo do Pagador

Representação Numérica 10497.30797 18000.100042 00814.742011 6 85510000025212						Vencimento 05/03/2021	
Beneficiário LSCRIVÃO PARTICULAR (UNIDADE PRIVADA) - 15.303.222/0001-50 - NOSSA SENHORA DE SALETTE, SN, Bairro: CENTRO						Agência / Código Beneficiário 3162/730731-8	
Data do Documento 26/02/2021	Número do Documento 0000000043013588-8	Especie Doc RC	Acerto N	Data do Processamento 26/02/2021		Nosso N.º men 1400000008147420-8	
Participação (Caso de Exclusão responsabilidade do beneficiário) SE CAIXA NÃO RECEBER APÓS A DATA DE VENCIMENTO DA GUIA.						(a) Valor do Documento 252,12	
FORO CENTRAL DA COMARCA DA REGIÃO METROPOLITANA DE LONDRINA - 1º OFÍCIO DO DISTRIBUIDOR, CONTADOR, PARTIDOR E DEPOSITÁRIO PÚBLICO						(b) Desconto / Abatimento	
Certidão fore judicial: Folhas Adicionais..... 252,12						(c) Outras Deduções	
TOTAL: 252,12						(d) Moeda / Moeda	
Valor da VRC: R\$ 0,217						(e) Outros Acréscimos	
104988651000002521273079:9000100040081474201						(f) Valor Cobrado	
Pagador ROSIMARY MARIA DE JESUS - CPF 730.572.749-00 R. Nossa Senhora da Salette 8/N Centro Cívico - Curitiba/PR - CEP 80550-912						Autenticação Mecânica	

CAIXA 104-0 | 10497.30797 18000.100042 00814.742011 6 85510000025212

Local de Pagamento PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTÉRICAS ATÉ O VALOR LIMITE						Vencimento 05/03/2021	
Beneficiário ESCRIVÃO PARTICULAR (UNIDADE PRIVADA) - 15.303.222/0001-50 - NOSSA SENHORA DE SALETTE, SN, Bairro: CENTRO						Agência / Código Beneficiário 3162/730731-8	
Data do Documento 26/02/2021	Número do Documento 0000000043013588-8	Especie Doc RC	Acerto N	Data do Processamento 26/02/2021		Nosso N.º men 1400000008147420-8	
Uso do Banco RG R\$ Quantidade Valor						(a) Valor do Documento 252,12	
Participação (Caso de Exclusão responsabilidade do beneficiário) SE CAIXA NÃO RECEBER APÓS A DATA DE VENCIMENTO DA GUIA.						(b) Desconto / Abatimento	
FORO CENTRAL DA COMARCA DA REGIÃO METROPOLITANA DE LONDRINA - 1º OFÍCIO DO DISTRIBUIDOR, CONTADOR, PARTIDOR E DEPOSITÁRIO PÚBLICO						(c) Outras Deduções	
Certidão fore judicial: Folhas Adicionais..... 252,12						(d) Moeda / Moeda	
TOTAL: 252,12						(e) Outros Acréscimos	
Valor da VRC: R\$ 0,217						(f) Valor Cobrado	
Unidade Pagador ROSIMARY MARIA DE JESUS - CPF 730.572.749-00 R. Nossa Senhora da Salette 8/N Centro Cívico - Curitiba/PR - CEP 80550-912						Código de Barra Autenticação Mecânica	



Ficha de Compensação



AUTOATENDIMENTO - PAE HOSPITAL UNIVERSITARIO
 DATA: 02/03/2021 HORA: 10:13:58
 TERMINAL: 30765022 CONTROLE: 307650220170

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE BOLETO

AGÊNCIA: 2825
 CONTA: 001.00001691-7
 CPF: 730.572.749-00
 CLIENTE:
 ROSIMARY MARIA DE JESUS CRESCENC

BANCO EMISSOR: 104
 CAIXA ECONOMICA FEDERAL

BENEFICIÁRIO
 CNPJ: 15.303.222/0001-50
 RAZÃO SOCIAL:
 FUNDO DA JUSTICA DO PODER JUDICIARIO DO
 NOME FANTASIA:
 FUNDO DA JUSTICA DO PODER JUDICIARIO DO

PAGADOR
 CPF: 730.572.749-00
 NOME:
 ROSIMARY MARIA DE JESUS

DATA DE VENCIMENTO: 02/03/2021
 VALOR NOMINAL: R\$ 252,12
 VALOR DA MULTA: R\$ 0,00
 VALOR DOS JUROS: R\$ 0,00
 VALOR DO IOF: R\$ 0,00
 ABATIMENTO: R\$ 0,00
 DESCONTO: R\$ 0,00
 VALOR CALCULADO: R\$ 252,12
 VALOR DO PAGAMENTO: R\$ 252,12
 DATA DO PAGAMENTO: 02/03/2021
 DATA DA EFETIVAÇÃO DO DÉBITO: 02/03/2021

REPRESENTAÇÃO NUMÉRICA DO CÓDIGO DE BARRAS:
 1043730797 18000100042
 00814742011 6 85510000025212

PREZADO(A) CLIENTE, CASO HAJA ALTERAÇÃO DO
 BOLETO NA BASE CENTRALIZADA, O DÉBITO NÃO SERÁ
 EFETIVADO.

POR FAVOR, CONFIRA O DÉBITO EM SUA CONTA
 CERTIFIQUE-SE DE QUE HAJA SALDO LÍQUIDO
 DISPONÍVEL NA DATA AGENDADA.
 VALORES REFERENTES A RESGATES DE APLICAÇÕES
 FINANCEIRAS OU DOCUMENTOS COMPENSÁVEIS SOMENTE
 ESTARÃO DISPONÍVEIS NO DIA SEGUINTE A
 SOLICITAÇÃO DE RESGATE.
 PARA AGENDAMENTOS DE PAGAMENTOS COM RESGATE DE
 APLICAÇÃO NA MESMA DATA, PROCURE SEU GERENTE.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
 SAC CAIXA: 0800-726 0101
 Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
 www.caixa.gov.br

ANEXO VI
CERTIDÃO RESPOSTA DO CDCL



PODER JUDICIÁRIO
ESTADO DO PARANÁ
COMARCA DE LONDRINA
CARTÓRIO DO DISTRIBUIDOR E ANEXOS

Aty. Cristiano
Titular

Empregados Jamentados
Ana Paula Trisção
Lourival Danebari
Edelson Donato Macri
Iwafel Bruno Moraes
Oscar Ribeiro de Góes
Marta Rocha

CERTIDÃO

"PARA FINS GERAIS"

Fl. 004/133

CERTIFICO a pedido verbal de pessoa interessada que, revendo os livros e registros eletrônicos de distribuição CÍVEL (inclusive Interdição, Tutela, Curatela, Protesto contra Alienação de Bens, Falência, Concordata, Recuperação Judicial e Extrajudicial ou Insolvência), FAZENDA PÚBLICA, EXECUÇÃO FISCAL (Estadual e Municipal), JUIZADO ESPECIAL (Cível e Fazenda Pública) e FAMÍLIA, do Cartório a meu cargo, deles CONSTA ter sido distribuídos nesta Comarca os seguintes feitos contra:

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA

15/09/1999	5190	INDEMNIZAÇÃO	1AV Cível
Autor	JOSE FERREIRA LARA		
Autos	43/2001		
	Em 10/1/2001 Redistribuído da 1ª V. para 2ª V. ATD		
	Em 26/06/2002 Redistribuído da 2ª Vara de Família, Acidente, Trabalho para 1ª		
	Em 08/10/2006 Remetido a Justiça do Trabalho		
27/03/2013	5140	DECLARATORIA DE COBRANÇA	1JEFP
Autor	CLEIDE FERREIRA DA SILVA		
Numeração Única	0000784-50.2013.8.16.0014		
	Em 26/07/2013 Remetido a 5ª Faz. Publ. da Comarca de Curitiba, conf. despacho		
	Redistribuído da Comarca de Curitiba-PR p/1JEFP, conf. despacho		
22/01/2018	98	EXECUÇÃO DE TÍTULO JUDICIAL	1JEFP
Autor	RAFAEL CONSTANCIO FARIAS		
Numeração Única	0003212-10.2016.8.16.0014		
	Em 24/10/2019 Redistribuído da 2ª FP, p/ 1JEFP, conf. despacho seq. 68.1		
31/05/2016	899	RECLAMAÇÃO TRABALHISTA	1JEFP
Autor	CARLOS ALBERTO ROMANHOLI CONSTANTINO		
Numeração Única	0000928-37.2016.8.16.0014		
	Em 13/07/2016 Redistribuído da 1ª Faz. Publ. p/ 1JEFP, conf. despacho seq. 12.1		
	Em 13/05/2018 Redistribuído do 1JEFP, conf. certidão seq. 182.2		
	Redistribuído da 1ª FP, p/ 1JEFP, conf. despacho seq. 199.1		

Continua Folha 002



**PODER JUDICIÁRIO
ESTADO DO PARANÁ
COMARCA DE LONDRINA**

CARTÓRIO DO DISTRIBUIDOR E ANEXOS

Ary Tristão
Titular

Empregados Juramentados

Ana Paula Tristão
Londrina Danelutti
Edenilson Donizete Maciel
Ivoelton Bruno Moraes
Oscar Estelício de Goes
Marta Rocha

CERTIDÃO

"PARA FINS GERAIS"

Fl. 133/133

Contra : HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LONDRINA

Em 27/04/2012 redistribuído da 1 Vara Faz.Publ para a 3 Vara Faz.Publ

CUSTAS: R\$ 283,78

Lei 9.092/96 - Tab 201 - 141 VRC x 0,217 + 10%

Busca referente aos últimos 20 anos.

O referido é verdade e dou fé.

Londrina, 25 de Fevereiro de 2021.



Desenvolvido por: FSCA