



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CAMPUS DE MARÍLIA

Faculdade de Filosofia e Ciências

Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação

ISABELLA GELÁS CIOCCA

O PRONTUÁRIO DO PACIENTE NA PERSPECTIVA ARQUIVÍSTICA

**Marília
2014**

ISABELLA GELÁS CIOCCA

O PRONTUÁRIO DO PACIENTE NA PERSPECTIVA ARQUIVÍSTICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da Faculdade de Filosofia e Ciências, da Universidade Estadual Paulista – UNESP – Campus de Marília, para a obtenção do título de Mestre em Ciência da Informação.

Área de Concentração: Informação, Tecnologia e Conhecimento

Linha de Pesquisa: Produção e Organização da Informação

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Telma Campanha de Carvalho Madio

**Marília
2014**

Ciocca, Isabella Gelás.
C576p O prontuário do paciente na perspectiva arquivística / Isabella Gelás
Ciocca. – Marília, 2014.
100 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Universidade
Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências, 2014.
Bibliografia: f. 77-82.
Orientadora: Telma Campanha de Carvalho Madio.

1. Arquivos hospitalares. 2. Registros médicos. 3. Conservação
preventiva. 4. Documentos – Digitalização. 5. Sistemas de recuperação
da informação. 6. Arquivologia. 7. Centro de Estudos da Educação e
Saúde. I. Título.

CDD 025.171

ISABELLA GELÁS CIOCCA

O Prontuário do Paciente na Perspectiva Arquivística

Dissertação para obtenção do título de Mestre, da Faculdade de Filosofia e Ciências, da Universidade Estadual Paulista – UNESP – Campus de Marília, na área de concentração em Informação, Tecnologia e Conhecimento.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Telma Campanha de Carvalho Madio

Docente do Departamento de Ciência da Informação
Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP/Campus de Marília

Prof.^a Dr.^a Mariângela Spotti Lopes Fujita

Docente do Departamento de Ciência da Informação
Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP/Campus de Marília

Prof.^a Dr.^a Rosane Suely Alvares Lunardelli

Docente do Departamento de Ciência da Informação
Universidade Estadual de Londrina - UEL

**Ao meu amor maior, minha base, minha
família: Angelo, Patrícia, Nathália e Gustavo.
Ao meu melhor amigo, confidente e namorado
João Vitor.
E a todos que estiveram ao meu lado e
torceram por mais essa conquista.**

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao meu pai por toda a persistência que teve comigo na busca dessa experiência e aprendizado, acreditando no meu potencial e, assim, na minha capacidade de realização e conquista. Sempre esteve presente ao meu lado, acompanhando toda minha formação, disposto a todo o momento em me apoiar e esclarecer minhas dúvidas quando necessário. Tenho certeza que, de onde estiver, sempre estará torcendo por mim e orgulhoso por tudo que alcancei até agora.

À minha mãe e meus irmãos por acompanharem todo o processo de pesquisa, estudos e dificuldades encontradas, e, ainda assim, nunca me deixarem desistir.

Ao meu namorado, João Vitor, pela pessoa incrível que é, por estar ao meu lado em todos os momentos, apoiando e discordando quando necessário, mas sempre me fazendo seguir em frente.

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Telma Campanha de Carvalho Madio por toda a parceria nesta jornada, me proporcionando todo o alcance às informações relevantes junto a este trabalho e acompanhando todo o desenvolvimento do mesmo sem hesitar em me auxiliar para que este se apresentasse da melhor maneira possível.

Aos funcionários e estagiários do Centro de Estudos da Educação e Saúde que se dispuseram a me ajudar no fornecimento de informações essenciais junto a esta pesquisa.

Enfim, agradeço a Deus por esta oportunidade, juntamente com toda a paciência, dedicação e força para que este trabalho pudesse ser concretizado.

“Quando você quer alguma coisa, todo o universo
conspira para que você realize o seu desejo.”

Paulo Coelho

RESUMO

A relevância dos prontuários dos pacientes, sua produção e guarda trazem preocupações em como mantê-los organizados e acessíveis em um arquivo. Considerando os benefícios resultantes do processo de conservação preventiva aplicado em arquivos, abordamos e discutimos os conceitos e princípios capazes de orientar e conscientizar os usuários e responsáveis pelo acervo. Das vantagens desse processo, destacamos que o levantamento da legislação e das rotinas dessa produção documental se faz necessário, pois para o estudo da aplicabilidade da conservação preventiva, é necessário compreender todo o fluxo documental do setor. O problema focado refere-se aos prontuários dos pacientes do Centro de Estudos da Educação e Saúde (CEES) da UNESP/Campus de Marília. A análise de dificuldades na busca pela informação desejada, a melhor adequação na guarda e os processos de acesso a esses documentos foram norteadores para avaliar as contribuições da conservação preventiva. Dessa forma, discutimos sobre a produção documental e apresentamos as definições a respeito da conservação documental, fornecendo maior conhecimento acerca deste processo, e, assim, destacamos as melhorias na guarda e acesso à documentação.

Palavras-chave: Prontuário do Paciente; Conservação Preventiva; Centro de Estudos da Educação e Saúde (CEES); Arquivo.

ABSTRACT

The relevance of the records of patients, their production and guard bring concerns on how to keep them organized and accessible in archive. Considering the benefits of preventive conservation process applied to files, we cover and discuss the concepts and principles that can guide and educate users and responsible for collection. The advantages of this process, we emphasize that the lifting of the legislation and of the routines in this documentary production is necessary, because for the study of the applicability of preventive conservation, it is necessary to understand the whole flow of the documentary sector. The problem focused refers to the records of patients of the Center for the Study of Education and Health (CEES) at UNESP/Campus Marilia. The analysis of difficulties in search of the desired information, to better match the guard and the processes of access to these documents were guiding to assess the contributions of preventive conservation. Thus, we discussed about the production of documents and we present the definitions about the conservation of documents, providing greater knowledge about this process, and, so, we highlight the improvements in the guard and access to documentation.

Keywords: Records of Patients; Preventive Conservation; Center of Studies of the Education and Health (CEES); Archive.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEES – Centro de Estudos da Educação e Saúde

CF- Clínica de Fonoaudiologia

CFM – Conselho Federal de Medicina

COE - Centro de Orientação Educacional

CONARQ – Conselho Nacional de Arquivos

EMBRAPA – Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária

PP – Prontuário do Paciente

SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SPP – Serviço do Prontuário do Paciente

SUS – Sistema Único de Saúde

UNESP – Universidade Estadual Paulista

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Construção do conceito de prontuário do paciente.....	47
Figura 2 – O prontuário do paciente, os fluxos informacionais que o influenciam e os suportes requeridos.....	47
Figura 3 – Seres humanos envolvidos no contexto de recepção do prontuário do paciente....	52

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 – Ação destrutiva de roedores.....	26
Imagem 2 – Danos causados por barata.....	26
Imagem 3 - Degradação realizada por brocas.....	26
Imagem 4 – Uso de luvas no manuseio de documentos.....	27
Imagem 5 – Ataque de fungos em papel.....	29
Imagem 6 – Danos causados pela radiação de luz.....	32
Imagem 7 – Vestimenta de proteção e equipamento para higienização.....	33
Imagem 8 – Intervenções inadequadas: fita adesiva.....	34
Imagem 9 – Degradação pela oxidação de metais.....	35

LISTA DE ORGANOGRAMAS

Organograma 1 - Estrutura do funcionamento interno do Centro de Estudos da Educação e Saúde (CEES).....	61
Organograma 2 - Organograma do SAME.....	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Relação de atendimentos realizados entre os anos de 1980 a 1995.....	57
--	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. O PROCESSO DE PRODUÇÃO DOCUMENTAL.....	17
3. A CONSERVAÇÃO PREVENTIVA E A PRODUÇÃO DOCUMENTAL.....	22
4. PRONTUÁRIO DO PACIENTE: conceitos e funcionalidades.....	38
5. HISTÓRIA E ORIGEM DO CENTRO DE ESTUDOS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE (CEES).....	56
6. A IMPORTÂNCIA E CONTRIBUIÇÃO DO PROCESSO DE CONSERVAÇÃO PREVENTIVA APLICADA EM PRONTUÁRIOS.....	64
7. ADOÇÃO DO PROCESSO DE DIGITALIZAÇÃO EM PRONTUÁRIOS: uma solução?.....	70
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS.....	77
ANEXO A - Ficha para Protocolo de Triagem.....	83
ANEXO B - Formulários para Controle de Atendimento.....	87
ANEXO C – Termo de Aceite das Normas da Instituição.....	93
ANEXO D – Termo de Autorização para Filmagens e Gravações.....	95
ANEXO E – Resolução CFM nº 1.821/2007.....	97

1. INTRODUÇÃO

A relação entre médico e paciente realiza-se por meio do prontuário, a partir do qual são registradas informações sobre o histórico do paciente e a assistência prestada a ele, possibilitando a comunicação entre outros membros da equipe.

Através do prontuário do paciente¹, é possível acompanhar e analisar os serviços e cuidados prestados, assim como o mesmo possui a função de consulta aos estagiários da área da saúde e, futuramente, como base para o desenvolvimento de possíveis pesquisas científicas. É, também, utilizado como ferramenta de estudo e análise em aulas ministradas em instituições de ensino em medicina, apresentando aos estudantes situações que poderão ser encontradas futuramente como profissionais e como estes deverão proceder.

Dessa forma, o problema nesta pesquisa provém da ausência de normas e regras estabelecidas nas instituições por falta de informação e disposição em investir em uma área que ainda é pouco valorizada como a conservação documental, constatando, assim, falta de conhecimento sobre a importância da aplicação de procedimentos voltados para a conservação preventiva em prontuários ainda na fase de sua produção visando seu valor permanente.

O desenvolvimento das comunicações entre os profissionais da área da saúde tem mostrado a necessidade de valorizar e conservar os arquivos em instituições hospitalares, sendo estes compostos por prontuários, os quais se tornaram ferramentas de trabalho indispensáveis a fim de possibilitar a consulta e acompanhamento de todo o tratamento atribuído ao paciente. Sendo assim, a conservação preventiva pensada na produção documental torna-se fundamental, pois possibilitará maior vida útil ao documento.

A relevância da produção documental dos prontuários, tanto para o usuário quanto para os profissionais responsáveis pelo atendimento, justifica o estudo e análise sobre a aplicação dos procedimentos da conservação preventiva a fim de ampliar a vida útil do respectivo documento.

A carência de informações quanto à necessidade de se pensar no processo de conservação aplicado já na produção documental, visando a guarda permanente em arquivos, acarreta prejuízo material e informacional, dificultando o acesso aos registros pelos usuários. Assim como é importante a proposta de possíveis mudanças visando prolongar a vida útil

¹ De acordo com o Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (2006, p.9), “prontuário do paciente é denominação encurtada, aceitável por ser expressiva e ‘politicamente adequada’.”

documental, é fundamental orientar e conscientizar os usuários e responsáveis pela documentação dos benefícios e vantagens resultantes do processo de conservação preventiva.

Para tanto, o desenvolvimento desta pesquisa apresenta como objetivo geral a exposição dos benefícios resultantes do processo de conservação preventiva em arquivos, desde a produção documental, transmitindo conhecimento e orientação aos usuários acerca dos resultados benéficos de tal prática, e, assim, ocasionando melhorias à instituição e suas atividades.

Como objetivos específicos, têm-se definições acerca de conceitos sobre prontuário do paciente, abordando seus aspectos arquivísticos, e identificação de quais aspectos do processo de conservação preventiva podem contribuir para que seja possível manter a integridade dos arquivos médicos e soluções apontadas pela área.

A partir do exposto acima, a proposição tem como finalidade a discussão e verificação das vantagens proporcionadas pela adoção dos procedimentos preconizados pela conservação preventiva na produção documental, guarda e recuperação da informação e qual a melhor adequação e racionalização para a documentação médica baseada neste processo.

Quanto à metodologia utilizada, esta pesquisa caracteriza-se como qualitativa, a partir da realização de definições sobre produção documental e conservação preventiva, enfatizando vantagens deste processo aplicado a documentos, assim como sua contribuição quando utilizado nos prontuários, e, favorecendo, conseqüentemente, a vida útil destes e os benefícios para a respectiva instituição e usuários desta documentação. Dessa forma, posteriormente, será descrita a adoção de procedimentos viáveis e condizentes com a situação atual do acervo do Centro de Estudos da Educação e Saúde (CEES).

Juntamente com o levantamento dos principais referenciais teóricos, considera-se a pesquisa como uma investigação exploratória com aplicação na realidade do CEES, apresentando o processo de produção documental, quais as dificuldades na busca por informações contidas nos prontuários dos pacientes da instituição e observações *in loco* das práticas e rotinas de abertura e manuseio dos documentos.

As observações *in loco* permitirão verificar o processo de elaboração e manutenção dos documentos que serão comparados com a teoria levantada sobre a produção documental e a conservação preventiva.

Esta pesquisa propõe, assim, conscientizar os usuários da informação e responsáveis pelo manuseio constante do prontuário do paciente quanto à responsabilidade em manter a integridade do conjunto documental, e, assim, contribuir na conservação da qualidade das

informações inseridas no mesmo. Visando seguir os cuidados necessários no gerenciamento do arquivo, é possível evitar o agravamento de danos e futuras intervenções de restauração.

Com relação à estrutura da pesquisa, apresenta-se neste Capítulo 1 o interesse no desenvolvimento do tema, apresentando objetivos, justificativa e metodologia trabalhada. No Capítulo 2, abordaremos o conhecimento acerca do processo de produção documental com a finalidade de explorar a questão do documento já nascer com valor permanente e necessitar de cuidados específicos. No Capítulo 3, são expostos conceitos e vantagens referentes à conservação preventiva em arquivos, assim como a atenção em alguns fatores relevantes junto a tal prática. No Capítulo 4, apresenta-se as definições sobre prontuário do paciente, assim como sua importância e utilização como ferramenta de trabalho e meio de comunicação, enfatizando os usuários da respectiva documentação. No Capítulo 5, é exposta uma breve introdução referente ao histórico da instituição, contendo sua missão e serviços oferecidos, assim como a situação atual sobre o determinado acervo. No Capítulo 6, é abordada a importância de se pensar na produção do prontuário do paciente, assim como guardá-lo e conservá-lo em condições favoráveis para que suas informações não sejam perdidas. No Capítulo 7, é proposto o processo de digitalização como uma das soluções para o manuseio, pesquisa e acesso aos prontuários.

Nos anexos A, B, C e D constam as fichas de cadastro durante o atendimento ao paciente, assim como formulários utilizados para preenchimento pelos estagiários.

No anexo E, é possível visualizar a Resolução nº 1.821/2007 do Conselho Federal de Medicina, a qual aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.

Sendo assim, acreditamos que este projeto de pesquisa poderá ser importante e útil, pois abordará e discutirá conceitos capazes de fornecer maior controle na produção e organização documental, favorecendo a adoção de medidas que visarão a conservação e apontará esclarecimentos dos benefícios obtidos através dessas ações, resultando em melhorias no gerenciamento da documentação, e, conseqüentemente, contribuindo no desenvolvimento de atividades internas da instituição e dos usuários e responsáveis pelo setor de arquivos. Também poderá servir como fundamento para outras instituições de mesma finalidade que estejam procurando desenvolver projetos na área de conservação documental, visando a proteção e preservação de suas informações.

2. O PROCESSO DE PRODUÇÃO DOCUMENTAL

Toda atividade administrativa gera documentos, os quais fazem parte de um processo, não podendo jamais ser considerados isolados desde o momento em que são produzidos. O conjunto de tais documentos dá origem a um fundo, físico ou moral (jurídico), acumulado perante a produção e recebimento dos mesmos. Pode ser considerado como fundo aberto, o qual produz e recebe documentos constantemente; e fechado, recebendo apenas de modo eventual.

Os documentos de arquivo de uma entidade são produzidos para cumprirem uma determinada finalidade e, para isso, usualmente, tramitam. Ao tramitarem, os documentos circulam de uma entidade para outra, ou de um setor para outro da mesma entidade, até finalmente ser arquivados. Todos os documentos que tramitam no interior de uma entidade foram elaborados diretamente por ela ou foram a ela encaminhados. Assim, os documentos de arquivo guardam relações estreitas com o protocolo e a expedição da documentação. (GONÇALVES, 1998, p.32)

Os documentos de arquivo caracterizam-se, portanto, como todo conjunto de documentos, criados ou recebidos por uma instituição ou indivíduo a fim de corresponder a uma atividade, fornecendo informações de caráter probatório ou informativo.

Segundo Heloísa Bellotto (2004, p.28), “o documento de arquivo só tem sentido se relacionado ao meio que o produziu. Seu conjunto tem de retratar a infra-estrutura e as funções do órgão gerador. Reflete, em outras palavras, suas atividades-meio e suas atividades-fim.”

De acordo com Rousseau e Couture (1998, p.34), “os arquivos constituem também um atributo importante para investigação. São utilizados em diferentes disciplinas. Estudos sociológicos, demográficos e médicos baseiam-se em arquivos, que servem também para a investigação e arte e ciência.”

O valor arquivístico de um documento está associado à importância da informação que o mesmo contém e à administração da organização que o gerou em decorrência de suas atividades. Na área de saúde e, mais especificamente, no dia a dia de um hospital, a informação se aplica a vários aspectos como: pesquisa científica, planejamento, organização e avaliação de serviços, sendo essencial e imprescindível ao atendimento individual de cada paciente e ao estabelecimento de políticas institucionais. Dentre essas políticas, torna-se necessária a inserção de uma política de arquivo, gestão e gerenciamento do prontuário do paciente, que tem dentre as suas funções, interagir no gerenciamento da informação clínica produzida e registrada nesse suporte, que é o documento legal e essencial para esta finalidade, assim como constituir a memória científica da instituição. (MAGALHÃES; FERREIRA, 2005, p.10)

A produção documental reflete e materializa em diversos tipos de documentos a execução de atividades que venham a ser repetitivas ou rotineiras, e, posteriormente, são encaminhados para distribuição e arquivamento, sendo a disposição dos documentos criados influenciada pelo sistema de tratamento estabelecido.

Os arquivos correntes designam os documentos que possuem a taxa de utilização mais alta. São indispensáveis à manutenção das atividades cotidianas de uma administração, sendo mantidos próximos aos usuários diretos. São considerados, então, documentos ativos enquanto estes estiverem tramitando. No cumprimento de suas funções, tais arquivos muitas vezes respondem ainda pelas atividades de recebimento, registro, distribuição, movimentação e expedição.

Marilena Leite Paes (2004, p.54) conceitua os arquivos correntes como “constituídos de documentos em curso ou frequentemente consultados como ponto de partida ou prosseguimento de planos, para fins de controle, para tomada de decisões das administrações, etc.”

Quanto à utilização dos arquivos correntes em meio às atividades da instituição, Schellenberg (2006, p.67) complementa que:

A administração dos arquivos correntes oficiais tem por objetivo fazer com que os documentos sirvam às finalidades para as quais foram criados, da maneira mais eficiente e econômica possível, e concorrer para a administração adequada dos mesmos, depois que tenham servido a seus fins.

Junto à fase corrente, é realizada a atividade de avaliação, a partir da qual os documentos são analisados e selecionados por uma determinada comissão composta por profissionais capacitados e de diferentes áreas, considerando primeiramente seu valor probatório. Essa avaliação visa à fixação de prazos para sua guarda ou eliminação, contribuindo, assim, para a racionalização do uso de espaço junto aos arquivos. Como instrumento deste processo de destinação tem-se a tabela de temporalidade, determinando o tempo de permanência dos documentos nos arquivos correntes e intermediários, ou seu recolhimento aos arquivos permanentes.

De acordo com o Dicionário de Terminologia Arquivística (1996, p.72), a tabela de temporalidade é um “instrumento de destinação, aprovado pela autoridade competente, que determina prazos para transferência, recolhimento, eliminação e reprodução de documentos”.

Segundo Bellotto (2004, p.24), as tabelas de temporalidade são formuladas por comissões de avaliação, juntamente com a parceria do arquivista atuando paralelamente a outros profissionais capacitados e familiarizados com este instrumento, os quais “fixam

critérios e justificativas para que possam eliminar certos papéis desnecessários ao órgão de origem e sem interesse para a pesquisa histórica. Os que restarem são os de valor permanente, são os documentos históricos.”

São vantagens desta operação: redução da massa documental, aumento do índice de recuperação da informação, possibilidade de condições de conservação da documentação de valor permanente, conquista de espaço físico e aproveitamento de recursos humanos e materiais.

A partir do momento em que a documentação é pouco consultada por parte dos usuários, esta é transferida para os arquivos intermediários, ficando à espera de sua destinação final. Para tanto, Paes (2004, p.117) remete que a função principal do arquivo intermediário:

Consiste em proceder a um arquivamento transitório, isto é, em assegurar a preservação de documentos que não são mais movimentados, utilizados pela administração e que devem ser guardados temporariamente, aguardando pelo cumprimento dos prazos estabelecidos pelas comissões de análise ou, em alguns casos, por um processo de triagem que decidirá pela eliminação ou arquivamento definitivo, para fins de prova ou de pesquisa.

Após a documentação perder todo o valor administrativo e apresentar apenas valor histórico ou documental (probatório ou informativo), este será recolhido para o setor de arquivos permanentes e conservado definitivamente. Este setor tem como maior número de interessados os pesquisadores, passando a ser utilizado como fonte de pesquisa e informação.

A função de um arquivo permanente é reunir, conservar, arranjar, descrever, e facilitar a consulta dos documentos oficiais, de uso não-corrente, ou seja, concentrar sob custódia, conservar e tornar acessíveis documentos não-correntes, que possam se tornar úteis para fins administrativos, pesquisas históricas e outros afins. (PAES, 2004, p.121)

De acordo com as especificidades quanto ao arquivo permanente e o tempo do documento desde sua produção, Bellotto (2004, p.28) afirma que:

Um arquivo final, permanente, ou histórico, é formado por documentos produzidos há mais de 25 ou 30 anos, portanto em “idade histórica”, pelos vários órgãos da administração de um mesmo nível, seja municipal, estadual ou federal. Esses documentos, dentro de seus níveis administrativos, guardam entre si relações orgânicas que devem ser obrigatoriamente respeitadas.

Innarelli (2011, p.74) salienta a importância do arquivo permanente e seu valor informativo e histórico da seguinte forma:

As instituições gestoras de documentos, principalmente as instituições detentoras de acervo permanente, têm papel fundamental na preservação da cultura, pois seu acervo passa a ser considerado fonte

primária de informação para a construção do conhecimento e evolução cultural de nossa sociedade.

De acordo com a localização física apropriada para cada setor de arquivos, Bellotto (2004, p.24) afirma que:

O primeiro deve situar-se junto ao produtor/administrador, tem que ser ágil, seguindo classificação de acordo com as funções administrativas, e deve ser reservado como informação pública. O segundo – o arquivo intermediário – é pouco consultado pela administração, que dele não mais necessita, a não ser esporadicamente; também ainda não está totalmente aberto à pesquisa, salvo com licenças especiais; pode estar em local afastado, de manutenção barata. É um depósito onde os documentos aguardam seus prazos de vida ou seu recolhimento aos arquivos de terceira idade. Estes, que interessam muito mais aos pesquisadores do que aos administradores, devem estar localizados junto às universidades ou aos centros culturais. Enfim, devem situar-se em lugares de fácil acesso para seus usuários típicos, devendo estar dotados de amplas salas de consultas, pois neles a pesquisa está aberta a todos.

O prontuário do paciente possui um ciclo de vida que, na perspectiva arquivística, é considerado como parte das três idades documentais: corrente, intermediária e permanente. Com relação ao valor do prontuário do paciente em meio as suas atividades, Oliveira (2011, p.31) afirma que:

Contudo, o prontuário do paciente é criado com a finalidade de servir como registro de todas as informações geradas no atendimento de um paciente, desde suas queixas, prognósticos, diagnósticos, tratamentos e medicações aplicadas, plano de saúde utilizado, etc. Sendo assim, ele é considerado um documento de caráter administrativo e jurídico, tornando-se um documento arquivístico.

Na fase corrente, o prontuário corresponde à utilização constante, sendo manuseado e consultado mediante o desenvolvimento das atividades necessárias para o funcionamento da instituição de saúde, como, por exemplo, para analisar o acompanhamento atribuído ao paciente e, assim, dar continuidade ao seu tratamento.

A fase corrente do prontuário corresponde à documentação ativa. Desse modo, ele é frequentemente usado para desenvolver as atividades diárias e administrativas de um hospital, respondendo, assim, às razões pelas quais foi produzido. Normalmente, são prontuários de pacientes que recebem tratamento contínuo, ou seja, sempre estão passando por consultas ambulatoriais, ou mesmo caso de internação. (MUNIZ, 2011, p.27)

O prontuário em sua fase intermediária é utilizado com menos frequência, porém, ainda sendo de interesse da administração. São prontuários cujo prazo de vigência já terminou, aguardando, dessa forma, sua destinação final.

Já na sua fase intermediária, o prontuário é utilizado em menor proporção, mas ainda assim pode ser consultado. Nesse caso, podemos considerar a documentação daqueles pacientes que não tiveram mais passagem pelo hospital, ou seja, foram atendidos algumas vezes, mas já não precisam mais da assistência médica daquela determinada unidade hospitalar. (MUNIZ, 2011, p.27)

Com relação à fase permanente, são prontuários sem valor administrativo, porém, devem ser preservados devido ao seu valor histórico, científico e cultural.

E, por fim, na fase permanente, a documentação do prontuário perde todo o valor administrativo, e não corresponde mais aos objetivos iniciais pelos quais foi criada. Geralmente são os prontuários de pacientes que vieram a óbito, e devem ser conservados por razões probatórias, legais, e para pesquisas científicas. (MUNIZ, 2011, p.27)

Sobre a utilidade do prontuário, Lunardelli e Molina (2010, p.74) afirmam que “a importância dos prontuários aumenta de forma substancial se as instituições, além dos tratamentos realizados, dedicarem-se também ao uso e compartilhamento das informações geradas nos seus prontuários, como fonte de estudo, de pesquisa.”

Apesar dos documentos necessitarem de tratamento adequado desde a sua produção, como discutiremos no capítulo a seguir, a partir do momento em que estes passam a compor o arquivo permanente, devem receber atenção e cuidados mais rigorosos devido à sua longevidade e, portanto, ao alto índice de utilização desde a fase corrente.

“O conhecimento da documentação deteriorada e a frequência da sua utilização podem ajudar a determinar as necessidades de preservação e a definir soluções (...).” (PEREIRA; CARDOSO, [s.d.], não paginado)

Com a conservação adequada dos arquivos, é possível compartilhar informações adquiridas anteriormente, passando a ser úteis no futuro, e, assim, podendo estar disponível à população de um modo geral (dentro de um espaço público) e de modo parcial (dentro de um espaço privado). O constante manuseio desses documentos os torna vulneráveis à ação de agentes de deterioração, devendo ser considerada como prioridade a sua preservação.

3. A CONSERVAÇÃO PREVENTIVA E A PRODUÇÃO DOCUMENTAL

Todo conjunto de documentos, criados ou recebidos por uma instituição ou indivíduo a fim de corresponder a uma atividade, fornecendo informações de caráter probatório ou informativo, gera um arquivo.

Segundo Marilena Leite Paes (2004, p.16), a definição de arquivo se apresenta como “a acumulação ordenada de *documentos*, em sua maioria *textuais*, criados por uma instituição ou pessoa, no curso de sua atividade, e preservados para a consecução de seus objetivos, visando à utilidade que poderão oferecer no futuro.”

Toda instituição responsável pela produção, guarda e armazenamento de arquivos e, assim, possuidora de uma quantidade considerável de base informacional e detentora da memória, deve ter consciência da importância dos procedimentos de conservação preventiva como tratamento documental essencial para preservar a vida útil do acervo e proporcionar acesso e consulta plena às informações por parte dos usuários.

Na Idade Contemporânea, um novo perfil organizacional desponta nas empresas públicas e privadas, que caracteriza a informação como o bem mais valioso no mundo empresarial. É raro um processo ou atividade desenvolvidos nesses ambientes que não gere informações e que estas, por sua vez, não necessitem ser armazenadas e preservadas. Porém, armazenar e preservar informações e documentos requer estabelecimento de normas e procedimentos arquivísticos, orientados por uma política documental que tem por finalidade, criar mecanismo de disciplina e controle que permite a execução eficiente do fluxo das atividades. (MAGALHÃES; FERREIRA, 2005, p.9)

Para Silva (2012, p.18), “os arquivos – na sua missão de preservar e conservar o patrimônio cultural documental – são fontes de informação e conhecimento que proporcionam a gestão adequada do patrimônio documental e iconográfico relativo à memória de uma nação.”

Dada a relevância de que se reveste o prontuário, torna-se evidente a necessidade de manter sua integridade física nos mais variados contextos. A conservação documental se destina à preservação do patrimônio, adotando procedimentos a fim de manter a integridade dos documentos e evitando o processo de deterioração dos mesmos através de condições adequadas de produção, armazenamento e acondicionamento, assim como técnicas específicas de higienização e reparos. A conservação, portanto, é um conjunto de procedimentos que possui a finalidade de proporcionar a mais longa vida útil possível ao acervo.

De acordo com o Dicionário de Terminologia Arquivística (1996, p.18), a conservação é o “conjunto de procedimentos e medidas destinadas a assegurar a proteção física dos arquivos contra agentes de deterioração.”

Para Silva (2012, p.33), “as definições de conservação giram em torno de procedimentos para manter a integridade de um objeto que tem importância histórica, artística e/ou científica”.

A preservação visa ações administrativas e políticas quanto à adoção de recursos humanos e materiais, com a finalidade de proporcionar maior proteção e acesso ao acervo através de uma administração segura e recursos adequados.

“A base para uma efetiva preservação dos documentos consiste em uma boa conservação ao longo de seu ciclo vital, ou seja, desde sua fase corrente até a permanente.” (MUNIZ, 2011, p.30)

Para o Dicionário de Terminologia Arquivística (1996, p.61), a preservação é a “função arquivística destinada a assegurar as atividades de acondicionamento, armazenamento, conservação e restauração de documentos.”

Segundo Nassif (*apud* LINO; AZEVEDO; HANNESH, 2007, não paginado), “[...] a preservação de documentos é uma atividade muito complexa. É necessário encará-la não como um serviço periférico, mas como parte integrante da rotina de uma instituição que tenha, como instrumento de trabalho, a informação.”

De acordo com Silva (2012, p.31) a preservação documental consiste em:

(...) qualquer ação que se relacione à manutenção física desse bem cultural, mas também a qualquer iniciativa que esteja relacionada ao maior conhecimento sobre o mesmo e sobre as melhores condições de como resguardá-lo para as futuras gerações. Inclui, portanto, a documentação, a pesquisa em todas as dimensões, a conservação e a própria restauração, aqui entendida como uma das possíveis ações para a conservação de um bem.

Silva (2012, p.18) também salienta que “para preservar os acervos arquivísticos é necessário organizá-los e conservá-los para servir de referência, de informação, prova, testemunho e fonte de pesquisa.”

A partir do esclarecimento dos dois conceitos expostos acima, Luccas e Seripierri (1995, p.9) afirmam que:

Enquanto Preservar impulsiona na direção da elaboração das políticas que irão ser adotadas para gerir a Conservação, esta oferece subsídios para que o documento permaneça em condições físicas de utilização, levando-se em conta o controle climático, condições construtivas, limpeza, reparos.

Sendo assim, ao que diz respeito Yamashita e Paletta (2006, p.173), “a conservação e a preservação dos acervos garantem o imprescindível acesso à informação tanto em arquivos quanto em outras unidades de informação.”

Como torna claro Pereira e Cardoso ([s.d.], não paginado):

A permanente desvalorização da importância da conservação preventiva e de técnicas estruturadas e adequadas às especificidades dos vários suportes, tradicionais e digitais, conduz à perda irreparável de informação única, insubstituível e fundamental para a prossecução dos direitos dos cidadãos e para a salvaguarda da memória colectiva.

A conservação preventiva destina-se a adotar medidas como precaução para quaisquer infortúnios com relação à integridade física dos documentos desde o momento de sua produção. Caracteriza-se, portanto, por ações não-interventivas empregadas ao acervo, com o intuito de prevenir ou retardar danos sofridos, garantindo maior durabilidade à documentação, e, assim, diminuir a necessidade de qualquer intervenção futura. Quando o processo de conservação preventiva é realizado com eficácia já na produção documental, a perda de documentos é evitada.

As fontes informacionais disponíveis são inúmeras. Todas possuem o que se pode chamar de ‘vida útil’, ou seja, o período que se estende desde a sua criação até quando deixam de apresentar condições físicas para a consulta. Tanto seres humanos quanto documentos sofrem com ações hostis de insetos, microorganismos, bactérias, poluição e outros que degradam sua ‘qualidade de vida’. É indispensável, portanto, escolher a melhor maneira de aumentar a ‘vida útil’ dos documentos ou, pelo menos, impedir que fontes informacionais se deteriore. A perfeita conservação permite que mais pesquisadores tenham acesso às informações. (YAMASHITA; PALETTA, 2006, p.19)

Referindo-se ao processo de conservação documental e possível intervenção direta, como a restauração, Silva (2012, p.33) afirma que:

Todos os objetos têm um tempo finito de existência e a conservação e a restauração têm por objetivo primordial ampliar esse tempo, de forma a permitir a passagem de documentos selecionados para as gerações futuras. A restauração inclui-se como um procedimento extremo de conservação, quando o objeto possui importância tal que mereça todo o investimento necessário a uma abordagem conscienciosa. Por esta razão, determina interferência profunda no objeto, realizada após pesquisa detalhada, tanto técnica quanto histórica, do artefato a ser restaurado.

A conservação preconiza atenção e cuidados desde o momento da produção até a guarda permanente, aplicando técnicas adequadas a específicos suportes, prevenindo, assim, a perda de informações.

Dessa forma, todo documento deve receber cuidados especiais, como estar sob condições adequadas de acondicionamento e armazenamento desde o momento de sua produção, pois, posteriormente, os arquivos tornam-se permanentes, apresentando cunho histórico e informativo, possibilitando a ligação entre o pesquisador e seu objeto de pesquisa, contribuindo, assim, com a realização de investigações científicas mediante o conteúdo disponibilizado para tal fundamentação.

De acordo com Silva (2012, p.96) a degradação do acervo se dá pelas seguintes razões:

A deterioração do papel pode ser resultado de fatores internos ou intrínsecos, relacionados aos produtos utilizados na sua fabricação, ou de fatores externos ou extrínsecos, relacionados às condições ambientais do local onde o papel é armazenado, ao mobiliário utilizado na guarda do acervo ou mesmo ao manuseio realizado de modo inadequado.

Com relação à conservação preventiva, são considerados parte desse processo alguns aspectos como a qualificação profissional, estrutura do local de armazenamento da documentação e os sistemas de acondicionamento, sendo este o fator fundamental para garantir a estabilização do acervo.

“O propósito do acondicionamento é o de guardar, proteger e facilitar o manuseio do material que compõe um acervo ou uma reserva técnica.” (BRITO, 2010, p.2)

Portanto, sendo a conservação documental constituída de um processo, com o objetivo de estender a qualidade física do acervo, esta se desenvolve a partir do uso de técnicas específicas quanto ao controle ambiental, acondicionamento, armazenamento, intervenções inadequadas do homem e problemas no manuseio da documentação.

Antes de qualquer auxílio material, a instituição deve ter em mente que a presença de profissionais capacitados a atuar em diversas funções é essencial para a qualidade de seus serviços.

Os documentos que apresentam sinais de danos estão, consequentemente, passando por um processo de deterioração, que, caso não seja interrompido através de intervenções adequadas, levará à perda total dos mesmos. Mediante a realização dos procedimentos de conservação preventiva, é possível obter um acervo limpo, acessível e que apresente facilidade na recuperação das informações.

Com relação ao prejuízo causado por intervenção humana, Pereira e Cardoso ([s.d.], não paginado), afirmam que “na maioria dos suportes orgânicos armazenados nos Arquivos, a

deterioração dos mesmos foi mormente provocada por forças físicas (manuseamento excessivo e descuido) e abandono, ocorrida nos serviços produtores.”

“La mayor parte de las desgracias que afectan al material de archivo están inducidas por el hombre; a veces conscientemente; otras, por negligencia, descuido o ignorancia.²” (URGELLÈS; CREHUET, 2002, p.58)

Muitas vezes, a perda de documentos ocorre devido à presença de roedores à procura de restos de alimentos deixados pelos usuários junto ao acervo, recomendando-se, portanto, a se alimentarem em lugares adequados e distantes da área destinada à guarda documental.

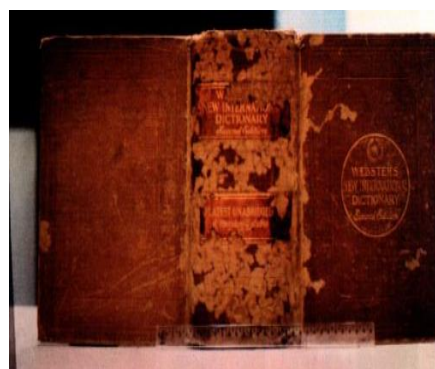
Como forma de prevenção, Silva (2012, p.74) salienta que “nas salas de leitura e pesquisa deveriam ser fixados avisos proibindo fumar, comer ou beber, mas ainda, instruções escritas sobre o manuseio das coleções”.

Imagem 1 – Ação destrutiva de roedores



Fonte: CASSARES; MOI, 2000, p.55.

Imagem 2 – Danos causados por barata



Fonte: CASSARES; MOI, 2000, p.55.

Imagem 3 – Degradação realizada por brocas



Fonte: CASSARES; MOI, 2000, p.56.

² “A maior parte das desgraças que afetam o material de arquivo são induzidas pelo homem; às vezes conscientemente, outras, por negligência, descuido ou ignorância.” (URGELLÈS; CREHUET, 2002, p.58, tradução nossa)

Sobre o manuseio dos documentos, a Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco ([s.d.], não paginado) afirma que “o documento é uma excelente ferramenta para dar acesso à informação e possui maior interface amigável com o usuário. Contudo, o seu manuseio é um dos agentes que mais causam danos aos documentos.”

Imagem 4 – Uso de luvas no manuseio de documentos



Fonte: CASSARES; MOI, 2000, p.58.

Primeiramente, devemos levar em consideração as etapas da produção documental, ou seja, a utilização de materiais adequados junto à composição e apresentação do documento. Este momento compreende a escolha de materiais apropriados para a preservação dos documentos, desde a matéria-prima do suporte ao tipo de armazenamento. É aconselhável o uso de materiais livres de qualquer impureza, os quais devem ser estáveis, neutros, reversíveis e inertes, sendo estes quimicamente resistentes e duráveis.

“Hay una serie de degradaciones que se corresponden con la propia naturaleza del documento o con su proceso de manufacturación³.” (URGELLÈS; CREHUET, 2002, p.27)

Brito (2010, p.2) aconselha que “na escolha do material para a elaboração de um acondicionamento deve-se levar em conta a estabilidade química do material, sua resistência aos agentes de degradação, redução do impacto ambiental e do manuseio inadequado, além da proteção e apoio físico à obra”.

Ao escolhermos um material quimicamente instável, poderemos piorar o estado de conservação da obra, além de ocasionar danos irreversíveis a estas. Um bom exemplo é a acidez encontrada em alguns papéis utilizados na fabricação de embalagens, que dependendo do suporte pode ser transferida para os documentos causando, por

³ “Há uma série de degradações que correspondem com a natureza do documento ou seu processo de fabricação.” (URGELLÈS; CREHUET, 2002, p.27, tradução nossa)

exemplo, mudança de cor e aceleração do processo de deterioração e degradação, assim como em uma situação de escolha correta de materiais, porém acondicionados em condições climáticas ruins pode ocorrer danos parecidos. (BRITO, 2010, p.2)

Visando a vida útil do documento mediante a adoção de materiais apropriados para conservação, Schellenberg (2006, p.235) reflete que:

Talvez a melhor maneira de assegurar a preservação dos documentos seja utilizar materiais permanentes na sua feitura. É uma medida preventiva a ser adotada por ocasião da produção de documentos, e que pode ser determinada por lei ou regulamentos emitidos por força de lei, exigindo o uso de papéis e tintas permanentes para documentos de valor permanentes.

Podem ser citados os papéis neutros ou alcalinos (também chamados de papel permanente), os poliésteres, adesivos neutros e reversíveis, papéis orientais (japoneses), borrachas plásticas, e tiras/cadarços de algodão por não possuir química e não ocasionar a degradação dos documentos e perda de suas informações.

O papel alcalino é apropriado, pois possui a vantagem de ser mais resistente e menos abrasivo; assim como o papel neutro, que possui alta durabilidade e ausência de resíduo ácido, garantindo resistência ao ataque de fungos e proliferação de bactérias.

Sobre o papel alcalino, Brito (2010, p.4) afirma que se refere ao:

Papel com colagem interna efetuada em meio alcalino, na faixa de pH 7,5 a 8,5. Os papéis de colagem alcalina utilizam como carga mineral o carbonato de cálcio, tanto o natural quanto o precipitado. Tem como características principais maior brancura, menor higroexpansividade⁴, melhor acabamento superficial e resistência mecânica.

Quanto ao papel neutro, Brito (2010, p.4) sustenta que este seja:

Papel com colagem interna realizada em meio neutro, ou seja, com pH³ igual a 7,0. O papel mais conhecido é o papel filiset neutro fabricado pela Filiperson, livre de resíduos ácidos, possui alta durabilidade e segundo informações do fabricante é resistente ao ataque de fungos e proliferação de bactérias, desde que armazenados em local apropriado e com controle de temperatura e umidade relativa.

⁴ Higroexpansividade significa uma alteração na dimensão do papel que resulta de uma mudança na umidade relativa do ambiente.

Imagem 5 – Ataque de fungos em papel



Fonte: CASSARES; MOI, 2000, p.54.

Além do tipo de papel utilizado, também deve ser levado em conta a tinta empregada na escrita das informações, sendo um componente muito importante na produção do documento.

Para tanto, Silva (2012, p.97) assegura que “alguns produtos utilizados na fabricação de papel ou das tintas utilizadas para a escrita, como os corantes, emulsificantes e outros constituintes, podem possuir em sua composição química substâncias que são incompatíveis com a celulose ou entre si.”

Urgellès e Crehuet (2002, p.28) alertam que:

Algunas tintas o pigmentos representan, hoy en día, un gravísimo problema para la conservación de los documentos o material de archivo en general; ante este problema es muy difícil tomar precauciones, tan sólo podemos estar atentos y, si empieza el proceso de degradación, intervenir para pararlo⁵.

O ambiente para arquivos, por sua vez, demanda reflexões mais acuradas no que diz respeito à questão do meio ambiente de preservação, pois a durabilidade dos papéis é muito baixa quando não há cuidados com a temperatura, com agentes externos como traças, ratos, entre outros.

As condições ambientais de temperatura e umidade deveriam estar compatíveis com os materiais guardados. Metais, por exemplo, necessitariam de cuidados especiais. O acervo deveria ser mantido organizado, higienizado e nenhum objeto ou material que não pertencesse à reserva poderia estar no local. (SILVA, 2012, p.72)

⁵ “Algunas tintas ou pigmentos representan, hoje em dia, um gravíssimo problema para a conservação dos documentos e material de arquivo em geral; para este problema é muito difícil tomar precauções, só podemos estar atentos e, se iniciar o processo de degradação, intervir para impedi-lo.” (URGELLÈS; CREHUET, 2002, p.28, tradução nossa)

De acordo com as consequências causadas pelos fatores citados acima, o mesmo autor (2012, p.79) remete que:

A degradação de um objeto ocorre por causas diversas, mas quase todas estão associadas aos níveis de temperatura e umidade relativa do ambiente. Os efeitos de degradação são percebidos pela presença de alterações dimensionais, ressecamento, biodeterioração, corrosão ou outros efeitos decorrentes das reações químicas estimuladas por determinadas condições do meio e características dos materiais.

Para Urgellès e Crehuet (2002, p.28), “los factores ambientales – temperatura, humedad, luz y contaminación atmosférica – son determinantes para la conservación del material de archivo, y son los responsables, en muchos casos, de alteraciones de tipo físico-químico y biológico⁶.”

A temperatura ideal deve oscilar entre 20 e 22°C, não devendo ser alterada frequentemente, pois o calor constante destrói as fibras do papel e contribui no crescimento de mofo devido ao alto nível de umidade, a qual deve permanecer entre 45 e 58%.

Afirma Costa (2003, não paginado), que “para uma boa conservação do papel, do ponto de vista químico e físico, aconselha-se manter a temperatura entre 18 e 22° e a umidade relativa entre 45 e 55”.

Com relação à temperatura alta, Urgellès e Crehuet (2002, p.31) afirmam que esta “acelera la acción de oxidación de la celulosa y favorece la aparición de microorganismos y de su actividad enzimática y de producción de ácidos orgánicos. Esto se traduce en la descomposición de la celulosa y el debilitamiento del soporte⁷.”

Já sobre temperatura baixa, Urgellès e Crehuet (2002, p.31) comentam que a mesma “produce problemas de condensación; el papel se humedece y aparecen manchas de humedad y deformaciones en el soporte⁸.”

A área destinada ao processo de conservação deve apresentar características básicas, como refrigeração ambiental seguindo definições predeterminadas e iluminação natural e artificial que seja favorável com as necessidades atribuídas à determinada situação. Alguns sinais de deterioração são resultado do tipo de luz utilizada no ambiente e o tempo de exposição do documento.

⁶ “Os fatores ambientais – temperatura, umidade, luz e poluição atmosférica – são determinantes para a conservação do material de arquivo, e são os responsáveis, em muitos casos, de alterações do tipo físico-química e biológica.” (URGELLÈS; CREHUET, 2002, p.28, tradução nossa)

⁷ “Acelera a ação de oxidação da celulose e favorece a aparição de microorganismos e sua atividade enzimática e produção de ácidos orgánicos. Isso resulta na quebra da celulose e no enfraquecimento do suporte.” (URGELLÈS; CREHUET, 2002, p.31, tradução nossa)

⁸ “Produce problemas de condensación; o papel fica úmido e aparecen manchas de umidade e deformações no suporte.” (URGELLÈS; CREHUET, 2002, p.31, tradução nossa)

Como consequência dessa ação, Urgellès e Crehuet (2002, p.34) enfatizam que:

La luz como factor de degradación es uno de los problemas más complejos con los que se encuentra el conservador. Teóricamente, rebajando la intensidad de la luz reduciremos el nivel de degradación, pero hay otro factor que debe tenerse en cuenta: el tiempo de exposición, pues la luz, como radiación, se va acumulando. Esto significa que si un objeto es iluminado suavemente pero durante periodos de tiempo muy largos, el efecto será el mismo que una iluminación muy flerte durante un periodo corto. Por ello necesario controlar la intensidad de radiación, pero también el tiempo de exposición de los materiales de archivo⁹.

Visando condições adequadas de monitoramento e controle ambientais, Silva (2012, p.75) diz que:

(...) o acervo deveria ser abrigado de condições extremas, com programas para medir a umidade relativa, temperatura e luz visível e ultravioleta, sendo acompanhados mensalmente através dos registros. A partir da leitura dos equipamentos de medição, procedimentos deveriam ser adotados no sentido de minimizar os efeitos nocivos causados pelas variações já citadas. (...) Nas reservas técnicas as luzes deveriam estar sempre apagadas quando não utilizadas, e em todas as áreas com acervo as lâmpadas deveriam ter filtro, assim como nas janelas.

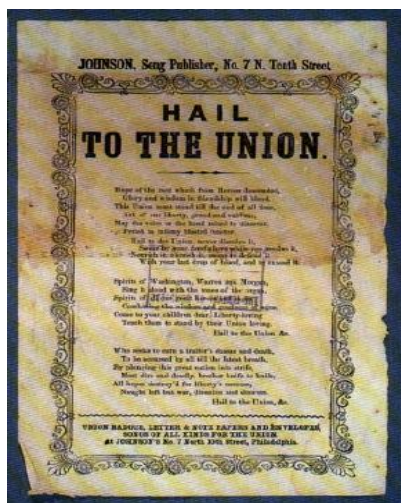
Sendo necessário adotar medidas preventivas contra a luz direta sobre os documentos, Urgellès e Crehuet (2002, p.33) explicam o seguinte:

Existen dos tipos de iluminación: natural y artificial. La luz natural es la luz del sol y contiene rayos infrarrojos – que calientan – y rayos ultravioleta – que provocan reacciones de fotoxidación. La luz artificial tiene dos fuentes de luz: la incandescente (bombillas), que emite rayos infrarrojos, que junto a la luz también emiten mucho calor, y la luz fluorescente (tubo de cristal que contiene vapor de mercurio), que emite radiaciones ultravioletas altamente oxidantes de la celulosa¹⁰.

⁹ “A luz como fator de degradação é um dos problemas mais complexos com o qual se encontra o conservador. Teoricamente, reduzindo a intensidade da luz reduziremos o nível de degradação, porém outro fator deve ser levado em conta: o tempo de exposição, pois a luz, como radiação, vai se acumulando. Isto significa que se um objeto é iluminado suavemente durante períodos de longo tempo, o efeito será o mesmo que uma iluminação muito forte durante um período curto. Portanto, é necessário controlar a intensidade de radiação, mas também o tempo de exposição dos materiais de arquivo.” (URGELLÈS; CREHUET, 2002, p.34, tradução nossa)

¹⁰ “Existem dois tipos de iluminação: natural e artificial. A luz natural é a luz do sol e contém raios infravermelhos – que aquecem – e raios ultravioleta – que provocam reações de fotoxidação. A luz artificial tem duas fontes de luz: a incandescente (lâmpadas), que emitem raios infravermelhos, que junto com a luz também emitem muito calor, e a luz fluorescente (tubo de vidro contendo vapor de mercúrio) que emite radiações ultravioletas altamente oxidantes a celulose.” (URGELLÈS; CREHUET, 2002, p.33, tradução nossa)

Imagem 6 – Danos causados pela radiação de luz



Fonte: CASSARES; MOI, 2000, p.53.

De acordo com esse panorama, evidencia-se a importância de ser incentivada e impulsionada a melhoria por equipamentos e instalações no que se refere ao monitoramento ambiental, prevenção e combate aos sinistros (desastres).

“Em locais com muita poluição, deveria existir um controle e avaliação dos riscos decorrentes desses gases, instalando um sistema de filtragem do ar.” (SILVA, 2012, p.75)

O uso inconveniente das instalações pode resultar em inúmeros riscos junto ao acervo, devendo ser levado em consideração a estrutura, recursos de adequação e o acompanhamento de vistorias e manutenções. Com isso, é possível assegurar as condições de segurança e guarda dos documentos.

Corroborando a ideia, Duarte (2009, p.63) afirma que “o plano para desastres deve levar em consideração as condições físicas do imóvel, com verificação dos possíveis riscos e dos pontos perigosos.”

Visando esse fator, Silva (2012, p.72) aponta que:

Os edifícios deveriam ser vistoriados, levando em consideração o peso das coleções adicionados ao mobiliário, vedação de portas e janelas e instalações elétricas. Um cronograma de manutenção e relatórios periódicos deveriam ser realizados indicando as necessidades e estabelecendo um planejamento.

O autor citado acima (2012, p.101) salienta, também, que:

Muitos bens culturais deterioram-se ao serem guardados em estantes com prateleiras dimensionadas inadequadamente. Mobiliários podem causar danos quando, por exemplo, as prateleiras com excesso de lotação empenam, contribuindo para a deformação de itens encadernados.

Um fator fundamental junto à prática de conservação são as vistorias, que tem por objetivo examinar todo o acervo, identificando a ocorrência de ataques de insetos, microorganismos ou outro agente nocivo. Desta forma, avalia-se o estado geral dos documentos e, apresentando sinais de deterioração, determina-se qual tratamento a ser seguido, como higienização e pequenos reparos.

Em relação à manutenção, a inspeção deveria ser o carro chefe, com cuidados de higienização generalizados para todas as áreas do prédio e coleções, incluindo neste item a norma permanente de não ter qualquer tipo de alimento no local, restrito unicamente à cantina ou sala de refeição das instituições. (SILVA, 2012, p.73)

Sobre a ocorrência de vistorias e verificações periódicas, Urgellès e Crehuet (2002, p.51) corroboram que “lá limpeza está estrechamente ligada a este control periódico, ya que la suciedad favorece la actividad biológica.”¹¹

Como afirmam Yamashita e Paletta (2006, p.173):

O estado em que se encontram os acervos documentais e bibliográficos de instituições públicas e privadas é o que nos leva a enfatizar a importância de se adotar uma política de preservação, é a melhor garantia contra a deterioração das coleções, sendo, a higienização a primeira ação efetiva para estender a vida útil desses documentos.

Todo tipo de suporte necessita receber cuidados particulares, mas em todos os casos a prática se inicia pela higienização. Sua operação tem como objetivo manter o acervo limpo, devendo ser realizada habitualmente e sua ação requer paciência e dedicação.

Imagem 7 – Vestimenta de proteção e equipamento para higienização



Fonte: CASSARES; MOI, 2000, p.59.

A prática de higienização é essencial na correção de estragos e no aumento da vida útil, consistindo na limpeza dos documentos e devendo ser exercida constantemente, seguindo

¹¹ “A limpeza está intimamente ligada a este controle periódico, uma vez que a sujeira promove a atividade biológica.” (URGELLÈS; CREHUET, 2002, p.51, tradução nossa)

os parâmetros estabelecidos. Dessa forma, aumenta-se consideravelmente a vida útil do acervo.

“A higienização periódica dos documentos e do ambiente é aconselhada como meio profilático.” (GOMES; MOTTA, 1990, p.47)

Como meio profilático contra possíveis danos ao documento, Urgellès e Crehuet (2002, p.52) afirmam que “una buena limpieza puede evitar en gran parte muchos de los problemas habituales de los depósitos.”¹²

A higienização corresponde à retirada de poeira e outros resíduos estranhos aos documentos como prendedores metálicos (clipes), etiquetas, fitas adesivas, papéis e cartões ácidos, etc., através de técnicas apropriadas, substituindo os mesmos por materiais estáveis e livres de acidez. É um procedimento mecânico no qual não interferimos quimicamente na composição do documento.

“Todos os funcionários deveriam ser alertados para o uso indevido de materiais de escritório, tais como, fitas adesivas, elásticos e cliques em contato com o acervo.” (SILVA, 2012, p.74)

O mesmo autor (2012, p.101) aponta que:

Muitas vezes o humano é o causador da deterioração de acervo documental, através da marcação de página com canetas ou até a sua subtração. Em diversos casos o humano acha que alguns procedimentos podem proteger a documentação, como ocorre quando utilizam fitas adesivas nos documentos.

Imagem 8 – Intervenções inadequadas: fita adesiva



Fonte: CASSARES; MOI, 2000, p.57.

¹² “Uma boa limpeza pode evitar em grande parte muitos dos problemas habituais dos depósitos.” (URGELLÈS; CREHUET, 2002, p.52, tradução nossa)

Urgellès e Crehuet (2002, p.45) relatam a consequência causada pela presença de material metálico junto ao documento da seguinte forma:

Es muy frecuente encontrar papeles con múltiples manchas de color marrón. Algunos investigadores creen que es un microorganismo, cuyos ácidos orgánicos reaccionan químicamente con las impurezas de origen metálico del papel dando lugar a un proceso de oxidación¹³.

Imagem 9 – Degradação pela oxidação de metais



Fonte: CASSARES; MOI, 2000, p.56.

Diante do procedimento de higienização apresentado, a vistoria e limpeza dos documentos devem ser feitas em intervalos regulares, em uma frequência determinada pela velocidade com que a poeira se acumula nos espaços de armazenagem e nos documentos.

Tratando-se disso, Silva (2012, p.99) confirma que:

No ambiente, além dos gases, a poeira também pode ser um fator causador da deterioração do papel, por transportar esporos de microrganismos, que encontram nos acervos condições adequadas ao seu desenvolvimento. Além disso, as partículas de poeira podem conter resíduos de fuligem ou gordura, causando outros danos por abrasão e manchas.

Para eliminar o máximo possível de todas as sujidades extrínsecas ao material, deve ser seguido um sistema de limpeza e monitoramento aos volumes e às estantes, com o objetivo de manter a estética e estrutura do mesmo.

Portanto, como afirma Costa (2003, não paginado), “a higienização das coleções deve ser um hábito de rotina na manutenção de bibliotecas ou arquivos, sendo assim, podemos dizer que é conservação preventiva por excelência.”

A prática de pequenos reparos resume-se em restaurar partes danificadas da documentação para que seja possível restabelecer ou chegar ao estado mais próximo de seu original. Desta forma, estes pequenos reparos executam procedimentos simples, como

¹³ “É muito frequente encontrar papéis com várias manchas de cor marrom. Alguns pesquisadores acreditam que é um microorganismo, cujos ácidos orgânicos reagem quimicamente com as impurezas de origem metálica do papel dando lugar a um processo de oxidação.” (URGELLÈS; CREHUET, 2002, p.45, tradução nossa)

remendos, necessários à recomposição estrutural das partes que compõem a documentação, mantendo o acervo em uso e em circulação.

Sobre o tipo de armazenamento, os armários e estantes responsáveis pela guarda e segurança da documentação devem ser de aço, pois sendo de madeira há a possibilidade da presença de cupins. Deve ser adotado, também, o uso de caixas plásticas (poliondas).

“As condições ambientais ou o mobiliário do ambiente de guarda dos acervos podem contribuir para a sua deterioração.” (SILVA, 2012, p.97)

De acordo com os fatores expostos acima, Pereira e Cardoso ([s.d.], não paginado) resumem da seguinte forma:

A estabilidade dos suportes pode depender:

- **da qualidade das matérias-primas utilizadas**, o que pode reforçar a necessidade de serem estabelecidas medidas que conduzam à redução das deteriorações inerentes através da aplicação de medidas preventivas;
- **das formas de armazenamento**, que quando feito de forma correcta pode aumentar o período da vida dos documentos, mas que, pelo contrário, quando sujeito a uma arrumação negligente, à desorganização e à falta de espaço, depressa resulta em deformações para os acervos;
- **do acondicionamento seleccionado**, podendo ser utilizados vários tipos de invólucros em material com qualidade de arquivo disponível no mercado, desde capilhas, capas em papel permanente, caixas à medida, bolsas, etc.;
- **da atenção com o meio ambiente**, ao criar condições estáveis nos espaços destinados a depósitos onde os acervos estão ou vão ser armazenados;
- **das boas práticas de higienização periódica**;
- **de um plano de acção** para a eliminação e controlo sistemático de pragas;
- Etc.

A Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco ([s.d.], não paginado) frisa algumas mudanças visando a preservação documental, como, por exemplo:

Manter o local de guarda do acervo longe de fontes de alimentos; evitar comer e manter alimentos no local de arquivo do acervo; guardar as pastas de documentos em estantes em sentido vertical; evitar guardar as pastas dos documentos semi-inclinados, quando as mesmas não couberem nas estantes; não superlotar as estantes com pastas; reservar espaço de três milímetros entre cada pasta para facilitar a retirada das mesmas; não encostar as estantes nas paredes, para evitar que a umidade presente nas paredes seja transmitida aos volumes; não manter documentos dobrados ou enrolados.

A fragilidade dos suportes, as agressões climáticas e às do próprio homem, e o uso dos processos modernos de reprodução acelera a deterioração dos suportes, enquanto a política de

conservação combate contra todos esses fatores à procura de melhoria no prolongamento da vida útil dos documentos.

O controle razoável e sistemático no que se refere a condições ambientais não reduz apenas os problemas de degradação, mas também, e principalmente, evita seu agravamento. O método de conservação visa prevenir todo e qualquer indício de deterioração que possa prejudicar os vários tipos de informação existentes, podendo causar sua perda parcial ou total. Para isso, é necessária extrema atenção no que diz respeito ao controle ambiental.

A possibilidade de preservar um acervo depende muito do tipo de armazenamento ou acondicionamento que lhe é atribuído. Os tratamentos de conservação só serão relevantes se houver controle ambiental. Ao proporcionar boas condições de armazenamento, é possível garantir a primeira etapa para a conservação documental.

4. PRONTUÁRIO DO PACIENTE: conceitos e funcionalidades

Desde a origem do prontuário do paciente, este apresenta como característica essencial um conjunto de informações referentes ao campo da saúde, sendo composto, por exemplo, por descrições referentes ao atendimento e circunstância em que o paciente se encontra, seus sintomas e relatos de ações tomadas pelos médicos responsáveis durante o tratamento.

Antigamente, os registros sobre o acompanhamento médico e a assistência prestada ao paciente eram apresentados de forma limitada, com a ausência de dados e informações sobre a tomada de decisões e a aplicação de procedimentos visando suprir as necessidades do mesmo, sendo, então, armazenados mentalmente pelos médicos responsáveis pelo atendimento. Hoje, os prontuários apresentam-se mais evoluídos e embasados, encontrando-se em desenvolvimento e aperfeiçoamento, não só no que se refere aos registros textuais, mas, também, com relação à inclusão de imagens e exames provenientes de descobertas e tratamentos específicos.

Efetivamente, o prontuário do paciente, mesmo na forma mais antiga, já trazia em sua gênese o sentido primeiro de informação para a área da saúde, uma vez que os médicos gregos faziam certas anotações em tabuinhas, sobre as condições da pessoa doente, embora não anotassem as ações implementadas nas condutas terapêuticas, conhecimento registrado, àquela época, somente em memória biológica. (PINTO; SOARES, 2010, p.13)

O ambiente hospitalar possibilita a produção de informações na área da saúde, com a finalidade de diagnosticar e tratar pacientes carentes de cuidados e atenção, os quais possuem o direito legal à saúde. Conforme a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, esta diz o seguinte:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Assim, podemos afirmar que os hospitais são essenciais para suprir as necessidades dos cidadãos, oferecendo atendimento médico e visando o bem-estar dos pacientes,

preservando, também, informações referentes aos serviços prestados que serão essenciais na tomada de decisões, sejam elas administrativas ou assistenciais.

Bezerra (2002, p.11) conceitua hospital como sendo “uma instituição devidamente aparelhada em pessoal e material destinada ao diagnóstico e tratamento de pessoas que necessitam de assistência médica e cuidados de uma equipe multidisciplinar.”

Devido à existência de diferentes tipos de hospitais, Bezerra (2002, p.11) os distingue da seguinte forma:

- a) Hospital Geral é o hospital destinado a atender pacientes portadores de doença de várias especialidades médicas. Podendo a ação ser limitada a um grupo etário (hospital infantil), a determinada camada da população (hospital militar, hospital previdenciário) ou a finalidade específica (hospital escola).
- b) Hospital Especializado é o hospital destinado, predominantemente, a atender pacientes necessitados da assistência de uma determinada especialidade médica (ortopedia, reumatologia, etc.).
- c) Hospital de curta permanência é aquele onde a média de permanência de pacientes internados não ultrapassa 30 dias, enquanto que, o Hospital de longa permanência é aquele cuja média de permanência de pacientes internados ultrapassa 30 dias.

Em razão das particularidades existentes em cada ambiente, Braga Neto, Barbosa e Santos (2008, p.4) especificam as seguintes categorias hospitalares:

- 1) O porte dos estabelecimentos, resultando em: hospital de pequeno porte: capacidade de até 50 leitos; hospital de médio porte: capacidade de 51 a 150 leitos; hospital de grande porte: capacidade de 151 a 500 leitos; hospital de capacidade extra: capacidade acima de 500 leitos.
- 2) O perfil assistencial dos estabelecimentos: por exemplo, hospital de clínicas básicas, hospital geral, hospital especializado, hospital universitário e de ensino e pesquisa.
- 3) O nível de complexidade das atividades prestadas pela unidade hospitalar: hospital de nível secundário, de nível terciário ou quaternário em cada estabelecimento (atenção básica, de média complexidade ou de alta complexidade).
- 4) O papel do estabelecimento na rede de serviços de saúde: hospital local, regional, de referência estadual ou nacional.

Quando se fala em saúde, este tema não deve ser vinculado apenas no que se refere ao aspecto físico do ser humano, pois engloba outros diversos aspectos, como a questão da saúde mental e social. De acordo com a necessidade do paciente, junto ao seu prontuário são registradas informações de profissionais de distintas formações e especializações, produzindo, dessa forma, um vasto campo informacional.

Com relação ao âmbito em que o prontuário é produzido, juntamente com a abrangência de informações que o compõem, Pinto e Soares (2010, p.15) complementam que:

A informação para a saúde é de natureza muito particular, e não se prende unicamente às questões referentes ao domínio da terapêutica

médica, porém ao registro de todas as ações efetivadas por outros profissionais que se inserem nessa área, além daquelas que contribuem direta ou indiretamente para a qualidade no atendimento aos pacientes.

A abrangência e a complexidade encontrada na área da saúde é resultado da diversidade de registros e informações, adquiridos através do conhecimento de fatores fundamentais como requisitos para determinar ações e procedimentos adequados com relação ao processo existente entre saúde e doença. Com a descoberta de tais elementos, é possível o desenvolvimento de políticas, juntamente com um planejamento estratégico com o intuito de administrar adequadamente os serviços de saúde encontrados.

O prontuário do paciente, instrumento de trabalho imprescindível junto ao setor de saúde, é composto por informações registradas conforme cada atendimento, constando, além de dados pessoais, as etapas de procedimentos realizados de acordo com suas necessidades, podendo ser analisado, dessa forma, o trâmite da documentação, e expondo, assim, por quais setores esta passou e quais responsáveis a utilizaram. Com as informações registradas corretamente, é possível analisar os cuidados iniciais prestados ao paciente e dar continuidade ao tratamento.

O prontuário é um conjunto de informações escritas, relativas a determinada pessoa ou fato. Pode-se, então, concluir que o prontuário contém toda a história pregressa relacionada com o tratamento realizado por profissional de saúde ao qual se submeteu uma pessoa. (GALVÃO; RICARTE, 2012, p.208)

Quanto ao trâmite do prontuário, assim como sua utilidade como meio de comunicação e ferramenta de trabalho junto à equipe de saúde, Galvão e Ricarte (2012, p.224) afirmam que:

No cenário atual, o prontuário do paciente é o documento básico do serviço de saúde e permeia toda a sua atividade assistencial, de pesquisa e ensino, atividade administrativa e de avaliação da qualidade do serviço. É o elemento de comunicação entre os vários setores de uma instituição de saúde e entre os diferentes atores envolvidos, e depositário de um conjunto muito grande e rico de informações, capazes de produzir conhecimento. O prontuário deve conter informações escritas que reproduzam atendimento e tratamento prestado.

Remetendo-se à importância do prontuário do paciente e suas características, Lunardelli e Molina (2010, p.73) argumentam que:

Dentro desse contexto, cabe ressaltar que os prontuários de uma instituição voltada à área da saúde constituem-se em documentos de extrema relevância, não somente no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento prescrito nas enfermidades de cada paciente que é atendido, como também são considerados importantes fontes de

informação a respeito de determinada patologia, seu histórico, desenvolvimento, prescrições, cura ou medidas paliativas, entre outras especificidades que a caracterizam.

Ressaltando sobre a composição do prontuário e a presença de itens indispensáveis para sua formulação, seja em suporte eletrônico ou papel, o CFM (nº 1.638/2002) aponta os seguintes:

- a. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);
- b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
- c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;
- d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;
- e. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

O prontuário se refere ao registro de informações pertinentes à assistência prestada ao paciente por parte de médico responsável, como a realização de exames, diagnósticos, prescrições, relatórios, etc. É o registro de todo o atendimento, desde a marcação da primeira consulta à alta hospitalar, servindo não apenas para informar, como, também, para analisar a produção de resultados.

O Conselho Federal de Medicina, na Resolução n.º 1.638/2002, caracteriza o prontuário como:

(...) documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Para Mezzomo (1991, p.245), o prontuário “é um conjunto de documentos relativos à história da vida do paciente e da sua doença, escritos de modo claro, conciso e acurado, sob o ponto de vista médico-social”.

O prontuário do paciente diz respeito ao agrupamento de documentos destinados a comprovar o atendimento e de que forma isso foi realizado, tanto em setor público quanto privado. Dessa forma, o prontuário constitui-se em dossiê, formado por diversos documentos referentes a um mesmo assunto ou indivíduo, capaz de registrar e armazenar todo o cuidado e assistência ao paciente.

Galvão e Ricarte (2012, p.149) salientam que:

O prontuário do paciente pode ter várias finalidades, dentre as quais o suporte à assistência, por ser fonte de consulta, avaliação e tomada de decisão. É uma fonte de informação a ser compartilhada entre os profissionais de saúde e constitui o documento legal dos atos médicos e de outros profissionais de saúde que o utilizam. Dá suporte à pesquisa clínica, aos estudos epidemiológicos e à avaliação da qualidade do atendimento. Finalmente suporta e apoia o ensino e a aprendizagem de todos os profissionais da saúde, auxiliando o gerenciamento das unidades de saúde para realizar faturamento, autorização de procedimentos, administração, controle de custos etc.

Como finalidade, o prontuário pretende revelar o quadro clínico em que o paciente se encontra, assim como as etapas de seu processo evolutivo e quais atitudes devem ser tomadas posteriormente para que sua recuperação possa ser alcançada. Mediante cada necessidade, a construção deste instrumento de trabalho abarca informações de diversas áreas do conhecimento, o que reflete sua passagem por setores especializados e atendimento por diversos profissionais da área da saúde.

O registro clínico é o instrumento que permite documentar o raciocínio lógico envolvido na determinação de um plano terapêutico, assim como a investigação epidemiológica. São seus objetivos e funções: auxiliar o tratamento dos pacientes, servir como base para as ações administrativas, avaliar o desempenho dos profissionais que registram a informação, ser fonte de informação para a pesquisa científica e defesa legal, gerar estatísticas e proporcionar a comunicação entre a equipe multidisciplinar, sendo resultante do trabalho integrado de toda a equipe de saúde. Assim, o processo administrativo é oriundo do clínico, pois são os registros dessas informações que direcionam todas as demais atividades, incluindo os aspectos financeiros. (MAGALHÃES; FERREIRA, 2005, p.10)

Côrtes e Côrtes (2011, p.136) complementam que:

A patient's medical record contains fundamental information for incorporation into a hospital information system, yet it is necessary to consider that not all hospitals adopt medical records, even though they may use administrative systems or even hospitality systems. While specific information is not available, professional practice shows that, in general, the administrative area benefits the most from information systems in hospitals.¹⁴

O prontuário contém documentação referente a todo o tratamento do paciente e sua passagem junto à instituição de saúde que o atendeu. Como parte desta, encontra-se, não somente informações sobre queixas e sintomas por parte do paciente, como, também, o diagnóstico e qual o melhor procedimento a ser adotado de acordo com suas necessidades para que a situação possa ser revertida. Com relação a alguns casos mais específicos, o prontuário é constituído, também, por exames, os quais servem de instrumento indispensável para tomada de decisões.

O prontuário é um conjunto de documentos e informações referentes a um paciente e contém diagnóstico e o tratamento do paciente, assim como resultados de exames e outras informações. Deve servir de instrumento para tomada de decisões para o tratamento do paciente e também apoiar as pesquisas clínicas e epidemiológicas, assim como a avaliação da qualidade da assistência fornecida ao paciente. (GALVÃO; RICARTE, 2012, p.266)

Côrtes e Côrtes (2011, p.132) se referem à importância do prontuário como segue abaixo:

The importance of patient records is related to different needs and objectives. They constitute the permanent documentation of patient health, permitting the medical professional to evaluate symptoms and signs within a broader temporal perspective, contributing to improvements in making diagnoses and providing treatment.¹⁵

A função das imagens, na área da saúde, é revelar as causas dos sintomas relatados pelo paciente, ou seja, possibilita descobrir a razão do estado em que a pessoa se encontra naquele momento, e, assim, obter informações mais precisas e eficazes para a realização de seu tratamento. Com o auxílio desse suporte, é possível confirmar ou excluir a existência de uma doença, obtendo conclusões sobre o diagnóstico e o tratamento a ser seguido, assim

¹⁴ “O prontuário do paciente contém informações fundamentais para a incorporação de um sistema de informação hospitalar, no entanto, é preciso considerar que nem todos os hospitais adotam registros médicos, mesmo que eles possam usar sistemas administrativos ou até mesmo sistemas de hospitalidade. Enquanto a informação específica não está disponível, a prática profissional mostra que, em geral, a área administrativa beneficia a maioria de sistemas de informação em hospitais.” (CÔRTEES; CÔRTEES, 2011, p.136, tradução nossa)

¹⁵ “A importância de registros de pacientes está relacionada com objetivos e necessidades diferentes. Eles constituem a documentação permanente da saúde do paciente, permitindo o profissional médico avaliar os sinais e sintomas dentro de uma perspectiva temporal mais ampla, contribuindo para melhorias em fazer diagnósticos e fornecer o tratamento.” (CÔRTEES; CÔRTEES, 2011, p.132, tradução nossa)

como ter conhecimento se algum procedimento adotado anteriormente foi realizado de forma adequada.

Pinto e Soares (2010, p.18) salientam que há fundamento na importância da utilização das imagens junto ao tratamento de pacientes, sendo esta responsável em confirmar ou excluir qualquer indício de doença em seu diagnóstico.

Com relação ao exposto acima, Pinto e Soares (2010, p.43) afirmam e complementam que:

Portanto, cada vez mais se percebe que as imagens desempenham papel de destaque nesse campo, uma vez que constituem a memória interna do corpo, porque, comunicam, ou não, os sintomas e os signos das doenças. Em determinadas situações, somente por meio delas é possível se chegar a alguma conclusão sobre as queixas da pessoa doente. Mais do que nunca, são consideradas como fontes de informações ímpares, são as “musas” que apresentam contribuições decisivas para a conclusão e a qualidade dos diagnósticos, auxiliando na rapidez do tratamento dos sujeitos acometidos por alguma doença.

O prontuário é utilizado em ambientes de trabalho referente ao acolhimento e cuidado aos doentes, seja em hospitais, consultórios, clínicas ou institutos especializados, com a finalidade de registrar informações referentes à entrada, permanência e saída do paciente, assegurando todo o processo necessário para o desenvolvimento e evolução de seu tratamento.

Para que os profissionais das instituições responsáveis pelo atendimento na área da saúde possam acompanhar com clareza e exatidão todo o tratamento e a assistência prestada ao paciente, e, assim, dar continuidade ao mesmo de maneira correta e adequada, o prontuário é o instrumento de trabalho indispensável junto às atividades desenvolvidas e aplicadas neste setor.

O Prontuário do Paciente (PP) é um conjunto de informações individualizadas por paciente e único em cada instituição de saúde, onde consta toda a história clínica de cada paciente. É a base para as principais atividades realizadas dentro dos hospitais, nas áreas médica, de enfermagem e administrativa. O PP, por determinação legal, fica sob a responsabilidade da instituição de saúde onde o paciente foi atendido. (MENEGETTI, 1999, p.3)

Com a finalidade de reunir informações pertinentes ao estado de saúde em que o paciente se encontra, o prontuário contempla um modelo a ser seguido pelas instituições usuárias da respectiva documentação, apresentando, dessa forma, maior organização e conhecimento por parte dos responsáveis, o que transmite garantia e qualidade no tratamento ao paciente, assim como plena acessibilidade por parte de indivíduos interessados e autorizados em consultar tais informações.

O prontuário do paciente é a coleção de informação relativa ao estado de saúde de um paciente armazenada e transmitida em completa segurança e acessível ao paciente e a qualquer usuário autorizado. O prontuário segue um padrão para a organização da informação, aceito universalmente (ou seja, pelas partes ou instituições envolvidas) e independentemente do sistema. Seu principal objetivo é assegurar serviços de saúde integrados de modo contínuo, eficiente e com qualidade, juntamente com informação retrospectiva, corrente e prospectiva. (GALVÃO; RICARTE, 2012, p.6)

Dessa forma, a respectiva documentação apresenta como características o apoio à tomada de decisões, quer seja no âmbito clínico ou administrativo, o registro de todo o trâmite de forma legal e regularizada, base e fundamento teórico para o desenvolvimento de pesquisas futuras, entre outras. Este instrumento de trabalho, portanto, engloba elementos fundamentais para que sua produção seja possível, apresentando grande importância à instituição responsável pelo atendimento ao paciente, ao próprio paciente e aos profissionais que se envolveram direta ou indiretamente junto a este processo, contendo informações que servirão como sustentação para novas descobertas junto ao campo da ciência e seu desenvolvimento.

A informação, portanto, é elemento central na tomada de decisão e requisito essencial para provisão do cuidado e gerenciamento em saúde. O acesso à informação é importante para os serviços de saúde e ferramenta indispensável para o planejamento, implementação, supervisão e avaliação das intervenções clínicas e de programas de promoção à saúde. (GALVÃO; RICARTE, 2012, p.172)

Galvão e Ricarte (2012, p.148) afirmam que:

Independentemente de seu formato, o prontuário do paciente deve ser entendido como um conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinados ao registro dos cuidados médicos e paramédicos prestados ao paciente. Essas informações são coletadas pelos médicos e outros profissionais de saúde que cuidam de qualquer pessoa que receba atendimento em uma unidade de saúde, auxiliando a equipe de saúde a conhecer mais sobre o bem-estar do indivíduo: assistência, fatores de risco, exercícios e perfil psicológico.

A elaboração do prontuário não se restringe apenas como meio de cuidado e cautela por parte do médico, mas a um dever ético para com seu paciente, gerando confiança, confidência e respeito. É, portanto, de sua responsabilidade formular o prontuário com informações pertinentes ao atendimento, tornando-as claras quando solicitadas pelo paciente.

Dessa forma, este instrumento de trabalho engloba elementos fundamentais para que sua produção seja necessária, apresentando grande importância à instituição, ao paciente e aos profissionais que se envolveram direta ou indiretamente junto a este processo, contendo informações que servirão como sustentação para novas descobertas junto ao campo da ciência e seu desenvolvimento na área da saúde.

“CONSIDERANDO que o prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal.” (CFM, nº 1.638/2002)

De acordo com a Resolução CFM nº 1.246/88, é vedado ao médico:

Art. 69 - Deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente.

Art. 70 - Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.

Art. 71 - Deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento, ou na alta, se solicitado.

Com relação ao aspecto da documentação, o prontuário consiste na padronização do registro das informações, para que estas sejam apresentadas de forma estruturada, resultando, assim, em uma maior compreensão do relato dos procedimentos adotados durante a assistência ao paciente. Em alguns casos, como há uma quantidade considerável de distintas informações quanto a queixas, sintomas e exames, além das diferentes formações profissionais que o preenche, o prontuário deve ser descrito de forma concisa e organizada.

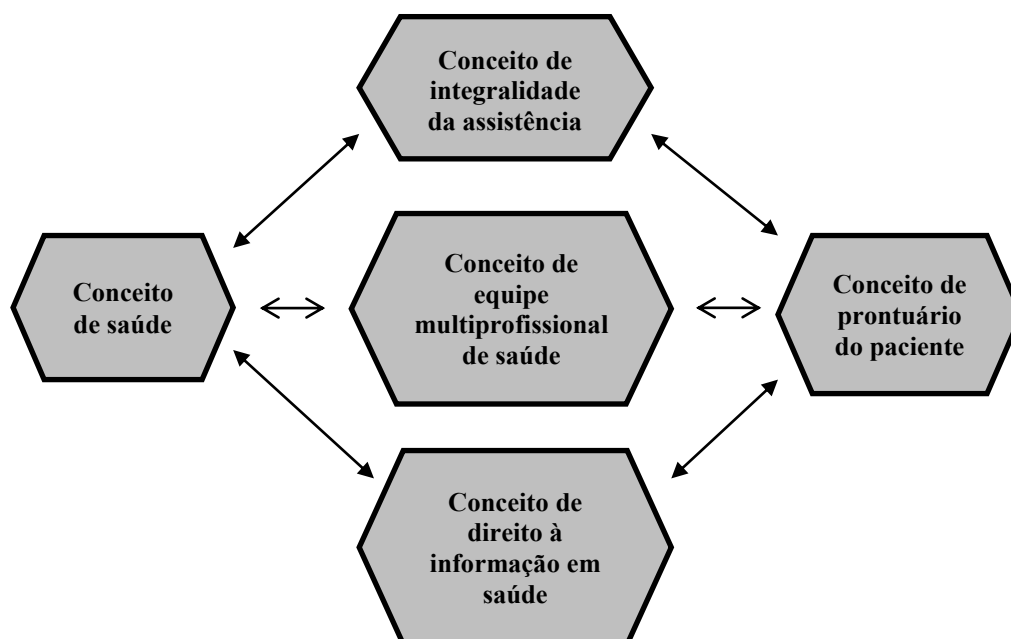
O Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (2000, p.1) diz que “prontuário médico corretamente preenchido é, e efetivamente tem sido, a principal peça de defesa do médico nos casos de denúncias por mau atendimento com indícios de imperícia, imprudência ou negligência, ou seja, na presunção da existência de erro médico.”

Proporcionando um ambiente comunicativo entre os diversos profissionais atuantes na área da saúde, o prontuário apresenta o registro fiel e seguro dos cuidados concedidos ao paciente durante o período de seu tratamento. Como característica, esse objeto de trabalho fornece informações pertinentes ao setor da saúde e pode ser acessado pelo próprio paciente, pela equipe médica que o atendeu, e, mediante autorização, pelos familiares do paciente, pesquisadores, advogados, entre outros.

O prontuário é o documento de maior relevância em uma instituição hospitalar, permeando toda a sua atividade administrativa, assistencial, de pesquisa e ensino. Considerado como riquíssima fonte de informação, o prontuário, além de registrar e guardar as informações torna-se um canal comunicador entre o profissional, a sua equipe e os pacientes. (OLIVEIRA, 2011, p.30)

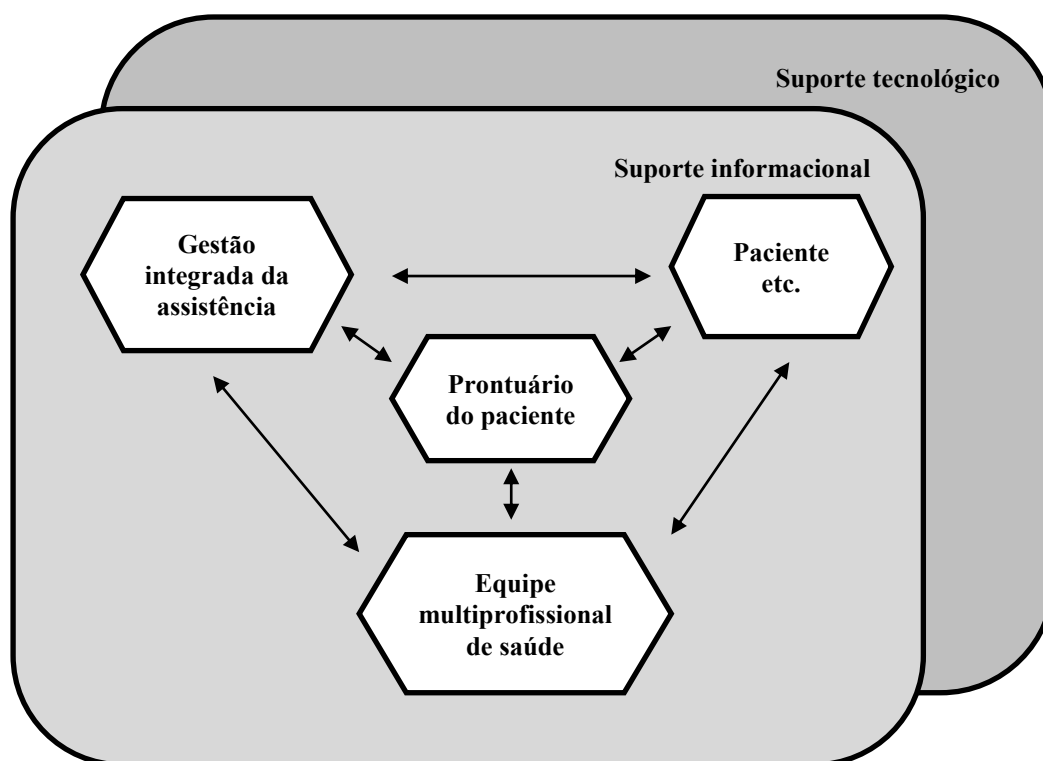
Para que se possa visualizar melhor o processo descrito e os elementos que o compõe, os esquemas a seguir apresentam uma síntese sobre o prontuário do paciente e sua utilidade como instrumento de trabalho.

Figura 1 - Construção do conceito de prontuário do paciente.



Fonte: GALVÃO; RICARTE, 2012, p.4.

Figura 2 – O prontuário do paciente, os fluxos informacionais que o influenciam e os suportes requeridos.



Fonte: GALVÃO; RICARTE, 2012, p.5.

A principal finalidade do prontuário é compartilhar com outros profissionais, que também são responsáveis e estejam envolvidos junto ao paciente, das informações referentes à realização de intervenções necessárias para sua melhora e evolução.

“O principal objetivo que move os registros no prontuário é o compartilhamento de conhecimento, dados e informações acerca do paciente a fim de prestar a melhor assistência possível.” (GALVÃO; RICARTE, 2012, p.19)

Com a finalidade de esclarecer e informar, o prontuário é utilizado diariamente pelos profissionais que atuam na área da saúde, sendo registradas informações referentes à propagação da doença e o que a originou. Possuidora de caráter comunicativo, essa documentação permite o acompanhamento de orientações e prescrições realizadas pelo médico ao resto da equipe ou até mesmo ao paciente.

Galvão e Ricarte (2012, p.22) afirmam que:

No exercício de função comunicativa importante, o prontuário do paciente traz conteúdos informacionais voltados para instruir. Esta função ocorre quando, por exemplo, o médico prescreve uma medicação ao paciente que deve ser ministrada pela equipe de enfermagem, ou quando o fisioterapeuta recomenda ao paciente algum exercício postural ou algum autocuidado a ser realizado em sua residência.

O conteúdo informacional existente nos prontuários permite analisar o quadro clínico em que o paciente se encontra, apresentando, desde a primeira avaliação realizada em seu atendimento inicial até sua evolução e desenvolvimento mediante as intervenções necessárias visando sua melhora.

A utilização do PP é fundamental para as diversas áreas de um hospital. Na área médica, além de possibilitar o levantamento do histórico clínico dos pacientes e auxiliar no diagnóstico, é o documento de maior valor para a defesa de sua atividade profissional. Na área de enfermagem, possibilita o acesso a todas as informações do paciente, para que possa prestar uma assistência integral. Na área administrativa, é fundamental na apuração dos custos e faturamento das contas dos pacientes e é documento indispensável na defesa contra possíveis ações cíveis e criminais movidas contra o hospital. (MENEGETTI, 1999, p.3)

Como abordagem, tem-se o relato de sua principal queixa, ou seja, o que o levou a procurar por atendimento médico; histórico médico, para que o profissional esteja ciente de quais doenças o paciente já apresentou anteriormente, o que pode favorecer na compreensão do quadro atual; os sintomas existentes no presente momento; quais suas restrições ou limitações funcionais; e, por último, a presença de dores e seus aspectos, como grau, local e sensação.

Na primeira fase estão os registros com conteúdos referentes à descrição e à caracterização dos problemas, habilidades e inabilidades dos clientes, seus papéis, cultura, crenças. Na segunda fase encontramos conteúdos registrados que nos dão informações sobre a reação à intervenção, desenvolvimento e dificuldades por parte do cliente [...]. (GALVÃO; RICARTE, 2012, p.215)

Com a ausência dos prontuários em meio às atividades de instituições de saúde, é impossível acompanhar e dar continuidade aos cuidados prestados aos pacientes, pois sem a circulação e propagação de informações não há comunicação entre a equipe, e, assim, encontra-se dificuldade em estender o tratamento pela falta de base informacional para tal fim.

Um serviço de saúde que não valoriza o registro de profissionais de outras áreas de saúde, além do médico, é como um coração prestes a infartar, já que não há trânsito de informações, com a impossibilidade de comunicação de dados que muitas vezes são vitais e favorecem tratamento, diagnóstico e intervenções mais eficazes. (GALVÃO; RICARTE, 2012, p.208)

Na área da saúde, uma equipe multiprofissional trabalha coletivamente para atender e acompanhar o tratamento de pacientes, utilizando sempre o prontuário como meio de comunicação e difusão de informação. Uma equipe de saúde apresenta características diversas, uma vez que é formada por profissionais de várias áreas, e participa de um setor específico de acordo com suas habilidades e competências, mas, para que esse trabalho em equipe possa dar certo e ser realizado com satisfação, todos os envolvidos devem desenvolver sua função em conjunto e de forma cooperativa.

Com relação a essa diversidade de profissionais atuando em harmonia, Galvão e Ricarte (2012, p.15) explanam que:

Em consonância aos objetivos e missões estabelecidos, podem atuar, em cada instituição de saúde, diferentes profissionais: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, odontólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, fonoaudiólogos, biomédicos e gestores da saúde.

Para que o processo de atendimento seja eficiente, todo o acompanhamento médico deve ser tratado com agilidade e presteza, sem alijar-se da qualidade do serviço prestado. Com isso, para que as informações junto ao prontuário se encontrem completas e de acordo com as atividades que foram realizadas, estas devem ser registradas no momento da assistência médica, resultando, portanto, em um trabalho atualizado e mais organizado.

De acordo com a apresentação do prontuário, os mesmos autores (2012, p.198) citam que “[...] a ausência de clareza ou organização da redação pode ser um fator complicador para o uso do prontuário.”

Desde o atendimento inicial, a partir do registro das informações em tempo real, a estatística de erro é minimizada, sendo possível comprovar corretamente qual foi o tratamento aplicado e como este foi realizado, visando a necessidade do paciente.

Com a coleta de dados do paciente, é possível reconhecer suas queixas e sintomas, identificando a situação em que se encontra, e, posteriormente, adotando procedimentos de acordo com sua necessidade.

Através do trabalho em equipe realizado de forma cooperativa e competente, é possível que o paciente seja atendido e tratado com mais rapidez, gerando, assim, um maior número de atendimentos e identificação de diagnósticos.

Quanto à equipe de saúde, esta funciona como um instrumento bastante eficiente de intercomunicação, por meio do qual os profissionais interagem, fornecendo informações dentro da própria especialidade. Assim, o prontuário é grande fator de integração da equipe de saúde. (GALVÃO; RICARTE, 2012, p.208)

A privacidade consiste no direito de qualquer ser humano impedir que outros tenham acesso à sua vida ou a informações que lhe dizem respeito, impossibilitando, assim, que estas sejam disseminadas. É o direito à intimidade, proibindo que outras pessoas tenham conhecimento acerca de sua vida privada, ou seja, se refere ao fato de uma informação não ser acessível a indivíduos alheios, a não ser que haja autorização.

O direito à privacidade é um direito humano de primeira dimensão que se configura no direito do indivíduo de estar só, considerando-se a possibilidade que deve ter toda pessoa de excluir do conhecimento de terceiros aquilo que a ela só se refere, e que diz respeito ao seu modo de ser no âmbito da vida privada. O direito à privacidade é universal, inalienável e indivisível e está intimamente ligado à dignidade humana. (GALVÃO; RICARTE, 2012, p.98)

Com relação à confidencialidade, esta condiz em manter sob sigilo informações que foram divididas com outro indivíduo, assegurando que estas não serão divulgadas sem autorização. Dessa forma, essa relação é baseada em confiança, proteção, e, em alguns casos, em princípio ético entre um indivíduo e um profissional, como é reconhecida no campo da área da saúde.

A confidencialidade implica a confiança que um indivíduo tem de que qualquer informação compartilhada será respeitada e utilizada somente para o propósito para o qual foi revelada. Assim, a informação confidencial é tanto privada quanto voluntariamente

compartilhada, em uma relação de confiança e fidelidade. (GALVÃO; RICARTE, 2012, p.100)

De acordo com a confidencialidade na área da saúde, Galvão e Ricarte (2012, p.100) enfatizam que:

A confidencialidade é, então, um tipo de privacidade informacional, que acontece no âmbito de uma relação especial entre o profissional de saúde e seu paciente. As informações pessoais obtidas no curso desse relacionamento não podem ser comunicadas para terceiros a menos que autorizadas previamente por aquele que revelou. Dessa maneira, as informações derivadas dessa situação são confidenciais, a menos que o paciente permita ou solicite sua revelação a terceiros.

Na relação entre médico e paciente, é fundamental a conscientização de ambas as partes sobre privacidade e confidencialidade nesse campo, pois envolve tanto a questão ética em relação ao trabalho desempenhado pelo profissional quanto ao quadro clínico particular do indivíduo assistido.

O prontuário do paciente é envolto em diversos aspectos jurídicos e éticos, aos quais devemos mantermo-nos atentos, para que a documentação e suas informações sejam utilizadas de forma correta sem causar danos a instituição hospitalar, seus funcionários e principalmente a seus pacientes. (OLIVEIRA, 2011, p.38)

De acordo com os direitos entre médico e paciente, Galvão e Ricarte (2012, p.101) apontam que:

No âmbito da relação entre paciente e profissional de saúde, os valores de privacidade, confidencialidade e comunicação privilegiada estão vinculados, de um lado, a uma obrigação de discrição profissional e, de outro, a direitos individuais e de autodeterminação do indivíduo enfermo, que incluem a liberdade de escolher o que considera privado.

Sobre o valor jurídico do prontuário, Côrtes e Côrtes (2011, p.132) sustentam que “the value of the patient record is also understood within the legal scope because it can be taken to trial, allowing doubts to be clarified and behaviors to be discerned, which, in turn, can protect patients, medical professionals, and other involved parties.¹⁶”

As informações contidas nos prontuários dizem respeito, primeiramente, ao paciente, o qual é elemento fundamental para sua criação e tal documentação deve ter a finalidade de corresponder às suas necessidades. A outra parte interessada nos registros médicos é a própria equipe multiprofissional, com o objetivo de utilizá-los como base no desenvolvimento de

¹⁶ “O valor do registro de pacientes também é entendido no âmbito jurídico, porque pode ser tomado para julgamento, permitindo dúvidas a serem esclarecidas e comportamentos para serem discernidos, que, por sua vez, pode proteger os pacientes, profissionais da área médica e outras partes envolvidas.” (CÔRTEES; CÔRTEES, 2011, p.132, tradução nossa)

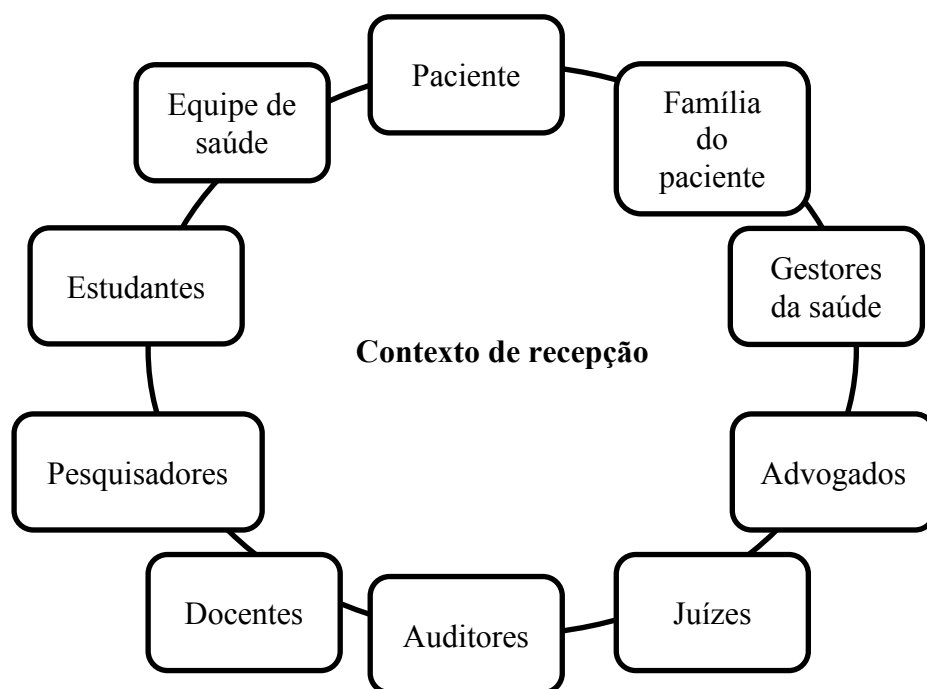
pesquisas e futuras descobertas científicas, assim como garantir que o atendimento e prestação de serviços foram realizados corretamente.

“In addition to the medical and legal considerations, the records provide research assistance because they contain information that helps to contextualize the evolution of patients, allowing procedures and consequences to be evaluated.¹⁷” (CÔRTEZ; CÔRTEZ, 2011, p.132)

Com relação ao acesso e envolvimento direto junto aos prontuários, Galvão e Ricarte (2012, p.27) apresentam de forma mais abrangente que:

[...] são leitores potenciais do prontuário do paciente os profissionais de saúde, os pacientes, os familiares dos pacientes, os gestores da saúde, os advogados, os juízes, os auditores, os docentes, os pesquisadores e os estudantes do campo da saúde, cada um dos quais com suas respectivas competências linguísticas e comunicacionais.

Figura 3 – Seres humanos envolvidos no contexto de recepção do prontuário do paciente.



Fonte: GALVÃO; RICARTE, 2012, p.28.

O prontuário, como mencionado anteriormente, caracteriza-se como importante veículo de comunicação entre a equipe responsável no atendimento ao paciente, o qual auxilia no acompanhamento e tratamento atribuído mediante as informações ali registradas. A partir

¹⁷ “Além das considerações médicas e legais, os registros fornecem assistência de pesquisa porque eles contêm informações que ajudam a contextualizar a evolução dos pacientes, permitindo que os procedimentos e consequências seja avaliadas.” (CÔRTEZ; CÔRTEZ, 2011, p.132, tradução nossa)

desses registros, é possível compreender todo o ciclo documental, ou seja, visualiza-se por quais setores o prontuário passou e quem o utilizou.

As anotações verificadas junto ao prontuário devem apresentar clareza e concisão, comprovando o estado de evolução do paciente, quais os cuidados conferidos por parte do profissional responsável, qual a cautela a ser seguida posteriormente de acordo com o caso examinado, entre outras informações. Através da reunião desses registros, o prontuário possui a finalidade de comprovar se os sintomas acusados pelo paciente podem confirmar a existência de uma doença ou excluí-la.

“[...] o prontuário tinha dois propósitos: refletir de forma exata o curso da doença e indicar as possíveis causas das doenças.” (PINTO; SOARES, 2010, p.24)

Pinto e Soares (2010, p.23) complementam a citação acima, afirmando que:

Localmente, ou seja, na instituição onde o paciente está recebendo cuidados, o prontuário representa o veículo de comunicação entre os membros da equipe de saúde responsável pelo atendimento ao cliente/paciente. As informações ali registradas é que vão subsidiar a continuidade e a verificação do estado evolutivo do cuidado, quais procedimentos resultam em melhoria ou não do problema inicial identificado, que originou a busca pelo atendimento.

Como características, entende-se que o prontuário se refere a um documento formulado por diversas fontes, ou seja, por profissionais de distintas especializações, cada qual exercendo sua função em áreas e casos específicos de tratamento. Dessa forma, pode-se dizer que é um instrumento de trabalho indispensável junto aos serviços médicos oferecidos pela instituição acolhedora, pois assim como é utilizado para consulta e acompanhamento dos cuidados fornecidos ao paciente, pode servir, também, como auxílio em descobertas futuras, ocasionando assim, novas pesquisas e informações.

O prontuário é elaborado por diversos autores, que agem com autonomia profissional, porém com ações integradas. É, portanto, documento valioso, elaborado e utilizado por diferentes profissionais nos serviços de saúde, ensino e pesquisa, bem como instrumento de defesa legal. Desse modo, a responsabilidade pelo prontuário recai sobre os diversos profissionais, que respondem diretamente pela parte que lhes cabe. (GALVÃO; RICARTE, 2012, p.96)

Pinto e Soares (2010, p.25) complementam sobre a relação das informações produzidas pelos diversos profissionais atuantes na área da saúde da seguinte forma:

[...] os procedimentos realizados por cada profissional também geram outras tantas informações, que vão garantir a continuidade do processo de cuidado. São fontes diferentes de dados, gerando conseqüentemente diferentes informações. Assim, tais dados precisam ser agregados e organizados, de modo a produzir um contexto que servirá de apoio para a tomada de decisão acerca do tipo de tratamento

ao qual o paciente deverá ser submetido, orientando todo o processo de atendimento à saúde de um indivíduo e da população.

Como uma espécie de acordo ou contrato, o prontuário apresenta um vínculo entre a equipe médica e o paciente, a partir da descrição e documentação de todo o cuidado prestado durante o atendimento, com a finalidade de garantir que os serviços foram realizados corretamente. Dessa forma, sendo um documento com aspectos legais, éticos e jurídicos, pode servir como meio de prova e instrumento de defesa para ambas as partes.

Bittar (1980, *apud* MENEGHETTI, 1999, p.20) salienta que “o prontuário é uma forma de contrato, isto é, tudo o que é relatado passa a ser um instrumento de ligação entre os profissionais e o paciente, de valor legal e jurídico e com implicações como tal.”

Nesse cenário, para os profissionais de saúde o prontuário é um instrumento de grande valia no diagnóstico e tratamento do paciente, bem como para a defesa de sua atividade profissional, definindo sua competência profissional. Possibilita o acompanhamento da evolução do corpo clínico e, ao médico-legista, fornecer laudo com toda segurança. Representa, então, meio de comunicação, em que cada profissional fornece informações no âmbito de sua especialidade, e um meio de integração da equipe de saúde da instituição. (GALVÃO; RICARTE, 2012, p.96)

Galvão e Ricarte (2012, p.208) sustentam que:

O prontuário é uma documentação que serve para defesa e proteção de todos: para o paciente, para os profissionais de saúde, para os serviços de saúde tanto públicos como particulares, para o ensino e a pesquisa, para a equipe de saúde, entre outros.

A partir do atendimento e adoção de procedimentos por parte dos profissionais visando o bem-estar e satisfação ao paciente, todo o processo é documentado para que não haja engano, por exemplo, com o diagnóstico realizado pelo médico responsável e a medicação receitada em seu tratamento. O registro das informações deve garantir a qualidade dos serviços prestados, diminuindo erros e proporcionando continuidade ao trabalho já realizado pela equipe multiprofissional.

A principal finalidade dos registros é sua utilidade como objeto de comunicação e relação entre a equipe médica responsável por cada caso clínico, pois mediante as informações descritas junto ao prontuário, é possível compreender o estado em que o paciente se encontra a partir da apresentação de seus sintomas, o diagnóstico constatado pelo médico, cuidados e recomendações necessárias de acordo com sua situação, assim como o objetivo a ser alcançado visando o bem-estar do paciente. Dessa forma, todo esse conjunto de informações, estabelecidas através da adoção e prática de procedimentos relacionados ao

quadro clínico do paciente, facilita e favorece a análise e avaliação dos serviços e assistência prestada ao mesmo.

Galvão e Ricarte (2012, p.209) salientam que:

Para os profissionais de saúde, o prontuário bem elaborado representa um instrumento de grande valia para o diagnóstico e tratamento definitivo da doença. Possibilita o fornecimento de laudos com maior segurança, servindo também como instrumento da defesa de sua atividade profissional. Já para os serviços de saúde públicos e privados, a existência de bons prontuários possibilita maior rotatividade de pacientes, reduz o uso indevido dos equipamentos e serviços e evita a repetição desnecessária de exames. O prontuário possibilita, a qualquer tempo, o conhecimento exato do tratamento feito e do resultado alcançado.

A formulação do prontuário por diversos autores proporciona aos pacientes, rapidez no atendimento em razão da documentação circular por diferentes setores, de acordo com as necessidades de tratamento do mesmo. Dessa forma, há maior agilidade na assistência e cuidados por parte da equipe médica, resultando em um fluxo progressivo de entrada de pacientes a serem atendidos. A vantagem de serem registradas todas essas informações também se dá a partir do momento de retorno do paciente, onde já se encontram identificados seus dados pessoais e informações referentes ao período em que esteve em tratamento, evitando, assim, desperdício de tempo.

Os registros de diferentes profissionais de saúde possibilitam aos pacientes atendimento, diagnóstico e tratamento mais rápidos, eficientes e econômicos, além de serem muito úteis sempre que houver necessidade de novos tratamentos, internações ou transferência para os setores de outras especialidades. Tornam-se, ainda, instrumento de defesa em caso de possíveis prejuízos ou de reivindicação de direitos perante os poderes públicos ou solicitação de benefícios sociais. (GALVÃO; RICARTE, 2012, p.208)

Para tanto, o prontuário do paciente é uma ferramenta de trabalho, não só importante para consulta e acompanhamento de casos clínicos no dia-a-dia das atividades da instituição, mas, também, como base para descobertas e desenvolvimento de pesquisas científicas, estabelecimento de dados estatísticos, assim como fundamento para determinar implantação de medidas e políticas cabíveis quanto ao setor da saúde.

5. HISTÓRIA E ORIGEM DO CENTRO DE ESTUDOS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE (CEES)

O Centro de Estudos da Educação e Saúde (CEES), antes conhecido como Centro de Orientação Educacional (COE), foi fundado por professores do departamento de Psicologia da Educação em 1978 e suas atividades se iniciaram efetivamente a partir de 1980.

A instituição é um órgão de extensão da Faculdade de Filosofia e Ciências/Campus de Marília, tendo como finalidade a prestação de serviços. Em razão do crescente volume de atendimentos realizados, foi iniciado o processo de sua transformação em Unidade Auxiliar, concretizada em 1988. Com isso, juntamente com a criação de funções técnicas, foi constituída a equipe multidisciplinar em 1990.

“Formalizado em 1985, o processo para a transformação do COE em Unidade Auxiliar se concretiza através da Resolução UNESP nº 1, de 02 de fevereiro de 1988.” (OMOTE; Horiguela, 1996, p.3)

Com o apoio da equipe multidisciplinar, os professores vinculados à Unidade Auxiliar puderam atender de forma plena os objetivos iniciais do COE, aumentando consideravelmente o número de atendimentos realizados. Com isso, iniciou-se a partir de 1992, uma extensa discussão para a revisão dos critérios e procedimentos de atendimento, em vista da função de Unidade Auxiliar.

Segundo a Resolução UNESP n. 9, de 23 de janeiro de 1991, Artigo 1º, (*apud* OMOTE, 2000, p.1) “a Unidade Auxiliar deve servir de suporte às atividades de ensino, pesquisa e extensão da Unidade Universitária a que está vinculada.”

Em vista ao desenvolvimento das atividades propostas pelo COE, juntamente com o aumento da participação por parte dos profissionais, começou a se estender o número de atendimentos efetivados além do município de Marília, compreendendo as demais regiões.

Tal fato pode ser confirmado através das informações entre o período de 1980 a 1995, de acordo com a tabela exposta abaixo:

Tabela 1 - Relação de atendimentos realizados.

Ano	Atendimentos	Ano	Atendimentos
1980	30	1988	997
1981	386	1989	1468
1982	418	1990	2580
1983	1428	1991	5364
1984	1635	1992	2820
1985	2242	1993	1490
1986	2847	1994	1444
1987	1518	1995	1787

Fonte: BRAGA, 1996, p.2.

A partir de 1995, foram substituídas as áreas de conhecimento ou disciplinas, e constituídas as Coordenações de Área: a de Pesquisa, Ensino e Extensão, em decorrência de mudanças referentes ao desenvolvimento do crescente número de projetos dos docentes, articulando a pesquisa e a extensão e, muitas vezes, com a participação de alunos de graduação, sendo estagiários ou bolsistas.

Essa nova estrutura de funcionamento visava tanto superar o ponto de vista tradicional de disciplinas ou áreas de conhecimento específicas como unidades de organização de conhecimentos e serviços quanto promover o desenvolvimento integrado das atividades de pesquisa e ensino, além das de extensão, que já eram amplamente desenvolvidas. Expressivas mudanças ocorreram, a partir daí, nas atividades do COE, adequando-o cada vez mais ao perfil de uma Unidade Auxiliar. (OMOTE, 2000, p.2)

Aberta à comunidade e principalmente a crianças carentes da rede pública de ensino com problemas de aprendizagem, a Unidade passou a promover o atendimento diário através de estagiários das áreas de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, proporcionando o acompanhamento direcionado às devidas necessidades de cada paciente.

Tem como missão prestar assistência social, à saúde e educacional para crianças, adolescentes, jovens, adultos e suas famílias, priorizando pessoas com deficiência. Prestam assistência às famílias que se encontram em estado de vulnerabilidade, realizando atendimento através de intervenção e acompanhamento de equipe técnica multiprofissional.

A aproximação entre a instituição e a comunidade se deve às visitas feitas por parte dos estagiários às escolas da rede pública, sendo divulgadas informações sobre os serviços e atendimentos oferecidos.¹⁸

Como resultado dos projetos proporcionados pelos docentes, pode-se citar o Boletim do COE. Este Boletim se baseava na exposição das atividades realizadas junto à instituição, sendo publicado anualmente desde 1996, transformando-se em um periódico científico de qualidade, sendo útil para estudos futuros por parte dos docentes e estagiários.

Omote e Horiguela (1996, p.5) complementam que:

Os textos resumidos de alguns desses projetos, publicados neste volume, atestam a potencialidade que o COE tem tanto de se realizarem pesquisas vinculadas às atividades de extensão e de ensino quanto de se criarem oportunidades de envolver os estagiários e bolsistas em atividades de pesquisa.

Junto às atividades desenvolvidas no COE, estava em desenvolvimento no Campus da UNESP de Marília outro conjunto de atividades de extensão, desde 1993, com a criação da Clínica de Fonoaudiologia (CF) para servir de campo de estágio aos alunos do curso de Fonoaudiologia. Desde sua criação, a CF vem atendendo um elevado número de pacientes com as mais variadas patologias e, com isso, diversificando os campos de atuação dos futuros profissionais da área.

Omote e Horiguela (1996, p.4) esclarecem que:

Esse quadro de estagiários qualifica os atendimentos como sendo prioritariamente de natureza pedagógica, contando, para o adequado desenvolvimento, com os serviços de apoio das áreas de Serviço Social, Psicologia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Assim, algumas crianças recebem também atendimentos específicos dessas áreas, em função de suas necessidades especiais.

Como já havia uma Unidade Auxiliar no Campus desenvolvendo atividades semelhantes às da CF, a partir de 1998 foram realizadas discussões com o intuito de organizar e desenvolver uma única Unidade Auxiliar. Assim, em 1999, foi aprovada a reestruturação do COE, que passou a se chamar Centro de Estudos da Educação e da Saúde (CEES).

“O CEES é resultado da comunhão dos anseios dos docentes, envolvidos no COE ou na CF, no sentido de criar condições cada vez mais favoráveis para o desenvolvimento de seus projetos de ensino, pesquisa e extensão.” (OMOTE, 2000, p.5)

¹⁸ Com relação aos relatos sobre o atendimento diário dos estagiários aos pacientes, a missão da instituição e a maneira como foi realizada a aproximação entre a instituição e a comunidade, tais informações foram baseadas nos questionários aplicados durante o meu Trabalho de Conclusão de Curso. (A Importância da Prática de Conservação nos Arquivos Correntes e Intermediários do Centro de Estudos da Educação e Saúde de Marília (CEES), 2010)

Iniciou-se uma nova etapa da Unidade Auxiliar, com vários desafios a serem enfrentados e também com novas perspectivas de desenvolvimento. Dentre eles, inicialmente, seria necessário uma reforma de parte do prédio, o desenvolvimento de um sistema amplo e atualizado para a informatização dos registros do CEES, equipamentos de informática e contratação de funcionários de acordo com as necessidades.

Conforme Omote (2000, p.3), a reforma inicial do prédio compreendia “a entrada única de clientes, sanitários para clientes, nova sala de espera, recepção, secretaria e sala de arquivos.”

Com a nova composição, a Unidade Auxiliar passou a contar com um número bem maior de docentes, técnicos e profissionais de outras áreas como psicóloga, assistente social, dentre outros profissionais como estagiários de aprimoramento, alunos de Pedagogia e Fonoaudiologia, assim como estagiários curriculares e extracurriculares.

Como sustentam Omote e Horiguela (1996, p.3):

[...] ao longo de 1990 puderam ser contratados 02 psicólogos, 02 pedagogos, 01 assistente social e 01 fonoaudióloga. E é a partir desse momento que o COE pôde ter sua equipe multidisciplinar constituída e, juntamente com os professores do Campus, atender de forma plena seus objetivos iniciais, funcionando como órgão de extensão para prestação de serviços à comunidade.

Braga (1996, p.9) complementa que o serviço conta também com “profissionais cedidos de outros órgãos como um médico oftalmologista e duas pedagogas especializadas nas áreas de deficiência auditiva e visual.”

Essa nova situação favoreceu e até exigiu um novo posicionamento da Unidade Auxiliar para atender a demanda, tanto interna quanto externa. Implicou por exemplo, na ampliação de convênios, captação de recursos junto a agências de fomento e órgãos de assistência, governamentais ou não, assim como desenvolvimentos de mais projetos.

De acordo com os objetivos da Unidade Auxiliar, encontrados junto a página eletrônica da Faculdade de Filosofia e Ciências, a instituição propõe:

- “Apoiar o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão voltadas para questões relativas ao conhecimento, comunicação, desenvolvimento e educação de indivíduos com necessidades especiais;
- Proporcionar aos alunos da Faculdade, estágio e treinamento necessário para a sua formação profissional;
- Contribuir para a especialização e aperfeiçoamento de profissionais ligados à área de competência do CEES;

- Proporcionar condições favoráveis para o desenvolvimento de projetos de pesquisa, ensino e extensão dos docentes da faculdade;
- Servir de organismo de consulta e assessoria nas questões relacionadas à área de competência do CEES;
- Prestar serviços de diagnóstico e de intervenção à comunidade externa, dentro de suas possibilidades e finalidades;
- Manter intercâmbio técnico e científico com instituições nacionais e internacionais, visando à análise, o estudo e a comparação de métodos, técnicas e recursos especializados da área;
- Divulgar as atividades do CEES através de todas as formas compatíveis com as suas finalidades, tais como apresentações de trabalhos, publicações e visitas.”

Com relação às atividades realizadas, o Centro de Estudos da Educação e da Saúde (CEES) desenvolve pesquisas nas áreas da Educação e da Saúde, de forma que os resultados sejam aplicados e difundidos, propiciando o desenvolvimento do ensino e da qualidade de vida humana.

Os alunos de graduação e pós-graduação desenvolvem trabalhos de pesquisa sob orientação de professores e profissionais integrantes, ou não, do Centro de Estudos da Educação e da Saúde (CEES) de acordo com o regulamento interno.

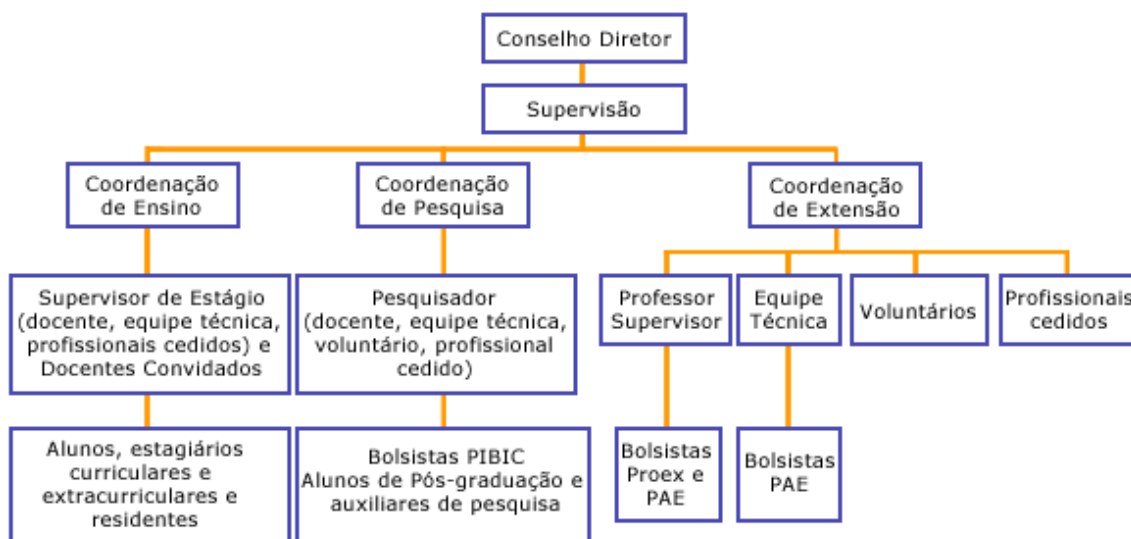
Alguns trabalhos realizados no CEES:

- “Avaliação audiológica em crianças com distúrbios de aprendizagem”;
- “Avaliação da Atenção em Crianças com Distúrbios de Leitura e Escrita”;
- “Profissionalização do deficiente: alguns pontos para discussão que antecedem a implementação prática”;
- “Crianças especiais na Pré-Escola Municipal: relato de uma experiência”;
- “Integração do aluno com deficiência”;
- “Efeitos Psicossociais da perda auditiva induzida pelo ruído em ex-funcionários industriais de Marília”;
- “Avaliação do processamento auditivo central em crianças de 08 a 10 anos e suas implicações”;
- “Aperfeiçoamento da expressão verbal”;
- “Comparação de características de pacientes fonoaudiológicos, com e sem demanda psicológica”;
- “Intervenção educacional a partir de padrões de condutas inadequadas de pais cujo filho apresenta HIP”;

- “Uso da linguagem na comunicação de um indivíduo com deficiência múltipla: um estudo de caso”.

A partir do organograma abaixo, pode-se ter um melhor entendimento sobre o funcionamento interno e estrutural da instituição:

Organograma 1: Estrutura do funcionamento interno do Centro de Estudos da Educação e Saúde (CEES).



Fonte: CEES.

Portanto, a gênese e a existência do CEES significa, acima de tudo, um progresso em direção à maturidade acadêmica e administrativa no gerenciamento da relação da Universidade com a comunidade local e regional.

Com relação à produção documental no Centro de Estudos da Educação e Saúde (CEES), o acervo apresenta em torno de 6.000 prontuários e aproximadamente 91,20 metros lineares.

A partir do momento em que o paciente é atendido, inicia-se o registro de seus dados pessoais, como mostra o Anexo A referente ao protocolo de triagem, sendo direcionado à área de tratamento adequada mediante suas necessidades.

Posteriormente, sua ficha médica passa pela etapa de tratamento documental. O estagiário preenche um formulário sobre o paciente e entrega-o ao secretário, sendo este o responsável em preparar a pasta suspensa contendo informações pertinentes aos respectivos pacientes. Com isso, é atribuída a cada prontuário uma numeração para identificação, como meio de controle e fácil acesso, sendo arquivado junto ao setor de arquivos correntes e podendo ser utilizado em consultas por parte dos estagiários para análise e acompanhamento.

A realização da consulta se baseia em anamnese e avaliação inicial do paciente, diagnosticando-o e traçando uma conduta. Nas consultas em geral, caso seja preciso, há um acompanhamento por parte de uma pedagoga, psicóloga e/ou assistente social da instituição junto ao atendimento por parte dos estagiários.

Quando há interesse em discutir o caso do paciente futuramente em pesquisas, aulas didáticas, congressos ou eventos científicos, solicita-se a autorização do paciente para filmagens e gravações de consultas, conforme o Anexo D, sendo posteriormente anexada ao prontuário. Com relação aos exames, estes são realizados de acordo com a necessidade e individualidade de cada paciente. Porém, quando há necessidade de outra especialidade, o paciente é encaminhado para o atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Quanto à composição interna dos prontuários, a maioria apresenta a utilização de grampos metálicos e presilhas perfurantes componentes da pasta suspensa, contribuindo para a ocorrência de oxidação no documento. Como o prontuário tramita por diversas áreas e, portanto, é utilizado por distintos profissionais, se todos os setores não tiverem conhecimento do quanto estes materiais são prejudiciais, estarão anexando outros documentos da mesma forma, comprometendo sua durabilidade.

Foram encontradas observações anexadas à documentação dos pacientes por meio de fita adesiva comum, assim como de cola branca. Pôde-se identificar, também, sinais de acidez em decorrência do material da pasta suspensa do prontuário médico.

De acordo com o ambiente responsável pela guarda dos prontuários médicos, tanto o arquivo corrente quanto o arquivo intermediário não possui ventilação, mantendo as janelas fechadas de ambos os acervos. As mesmas se encontram próximas aos arquivos de aço, podendo ser atingidos pela luz solar e, assim, ocasionar temperatura elevada à documentação que se encontra arquivada. Sobre o fator de segurança junto ao acervo, a instituição não apresenta ferramentas e utensílios para combater possíveis desastres e imprevistos.

Com relação ao estado da documentação, boa parte da mesma se encontra dobrada devido à falta de cuidado em manuseá-la por parte dos usuários. Em alguns casos, encontramos fichas e formulários em branco, os quais deveriam ter sido preenchidos durante o atendimento, ocasionando, com isso, presença de folhas desnecessárias junto ao prontuário. Isso se dá, também, em razão da impressão de conteúdo apenas em um lado das folhas e inutilização do seu verso, o qual poderia ter sido aproveitado.

Tal situação resulta em um acúmulo documental constante, que, caso não seja interrompida e revertida, estará sobrecarregando o prontuário, ficando, então, propenso a deslizos em meio ao arquivo, levando à deterioração do suporte e perda das informações.

Foi possível constatar falta de informação em alguns campos exigidos nos formulários e preenchimento incorreto em outros campos por parte dos estagiários, não havendo uma padronização, assim como uma desordem ocasionada no momento da inclusão dos documentos ao prontuário referente às evoluções do paciente.

Caso haja necessidade de retirar os prontuários do setor, há um livro para controle sendo registrada a saída e o retorno da documentação como forma de supervisão e identificação do usuário, sendo esta disponível apenas aos funcionários, docentes e estagiários da instituição. Infelizmente, esse serviço não é utilizado adequadamente, não havendo controle apropriado para empréstimo, o que resulta no desconhecimento do usuário responsável pela retirada do prontuário do setor.

São atividades como essas que danificam o documento e possibilitam a perda total ou parcial das informações, ocasionando, algumas vezes, danos irreparáveis.

O conteúdo informacional encontrado nos prontuários do CEES é resultado da coleta contínua de dados fornecidos junto ao atendimento ao paciente, o qual poderá dar início a pesquisas e servir como embasamento para futuros projetos.

Dessa forma, observando essa produção documental, pretendemos discutir a formação, organização, conservação e a relevância dos prontuários dos pacientes, originados para guarda permanente, e que deveria ter, portanto, uma grande preocupação e cuidados por parte da instituição, com a adoção de práticas racionalizadas e materiais estáveis para o registro/guarda e acondicionamento das informações, o que não observamos na maioria das instituições de saúde e no CEES, especificamente.

6. A IMPORTÂNCIA E CONTRIBUIÇÃO DO PROCESSO DE CONSERVAÇÃO PREVENTIVA APLICADA EM PRONTUÁRIOS

As instituições de saúde, independentemente de suas características e especificidades, possuem comprometimento com os pacientes no que diz respeito ao atendimento e cuidados com estes. Como forma de acompanhamento, registra-se todo o trâmite documental e os procedimentos realizados em seu tratamento para que se possa analisar como o paciente responde ao mesmo. Devido a sua importância, tais informações devem ser adequadamente armazenadas e conservadas, sendo úteis para o hospital e o paciente, assim como para o desenvolvimento de pesquisas científicas que poderão contribuir, futuramente, para o avanço da medicina.

Nesse sentido, as instituições hospitalares, assim como qualquer outra organização, produzem informações extremamente importantes para o seu funcionamento, tornando-se estas de interesse tanto para o hospital, quanto para seus pacientes. Sendo assim, no que diz respeito ao armazenamento destas informações, é preciso que tenham maiores cuidados, preservando a integridade do documento, a fim de auxiliar médicos e funcionários frente à tomada de decisões. (MUNIZ, 2011, p.19)

Ao que alega Garlick (2001, p.21):

Os fatores que mais ameaçam a preservação de registros em arquivos são o grande tamanho e o contínuo crescimento dos acervos, a limitação dos recursos financeiros disponíveis e também a carência de equipes técnicas com treinamento específico.

Em razão da quantidade de documentos produzidos diariamente devido ao aumento do número de pacientes à procura de tratamento, as unidades de saúde devem reservar um espaço próprio para o armazenamento e acondicionamento adequado dos prontuários com a finalidade de garantir-lhes proteção, sendo este o arquivo médico, responsável pela guarda e centralização dos mesmos.

A guarda indiscriminada de documentos acarreta dificuldades quanto ao uso e conservação das informações contribuindo para elevação dos gastos públicos, comprometendo o processo político-decisório e o acesso do cidadão ao patrimônio arquivístico nacional. Perdem-se documentos de real valor e sobrecarregam-se os acervos com documentos elimináveis. (CEPAD, 1987, p.26)

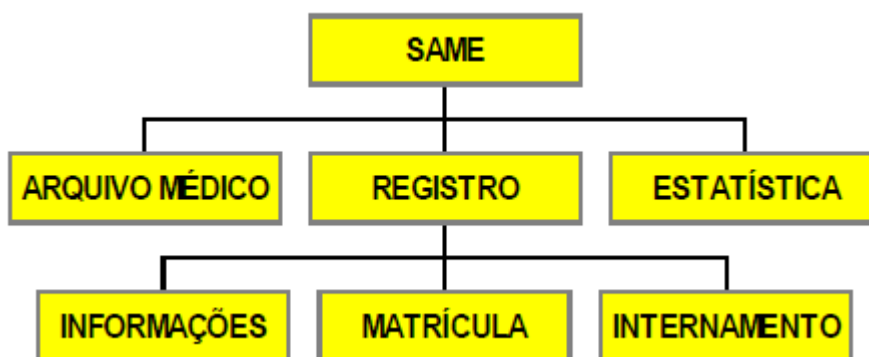
Para tanto, o Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (2006, p.17) torna clara a definição de arquivo médico ou serviço de arquivo como sendo:

O serviço responsável pela guarda e conservação dos prontuários constitui, essencialmente a memória escrita da instituição assistencial. Sem a guarda desses registros médicos, conhecimentos e experiências

seriam perdidos. O estabelecimento, público ou particular, é o proprietário dos prontuários e cabe ao respectivo serviço de arquivo sua custódia que, permanentemente, proverá a disponibilidade das informações quando forem objeto de necessidade de ordem médica, social, administrativa, jurídica e do próprio paciente.

Seria adequado se todas as instituições apresentassem um setor próprio, responsável pelo gerenciamento e guarda dos prontuários. Para tanto, já existentes em algumas unidades de saúde, esses setores recebem diversas denominações, como, por exemplo: Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), entre outras.

Organograma 2: Organograma do SAME.



Fonte: BEZERRA, 2002, p.13.

Para Bezerra (2002, p.12), o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) corresponde ao:

Serviço imprescindível ao hospital e sua existência decorre da necessidade de sua organização através da confecção, manutenção, conservação e guarda de prontuário dos pacientes que necessitam de assistência médica. É responsável pelo controle do agendamento ambulatorial e internação, além de servir como fonte de pesquisa científica, reunindo as atividades de Arquivo, Registro e Estatística.

Bezerra (2012, p.13) salienta, também, que o SAME é dividido entre as seções explicitadas abaixo:

- a) A seção de Arquivo Médico controla, confere, ordena e arquivava o prontuário dos pacientes de ambulatório e internação.
- b) A seção de Registro recepciona os clientes que procuram o hospital em busca de tratamento especializado, registrando-os e encaminhando-os ao ambulatório, fornecendo informações e sendo o responsável pela internação do paciente.
- c) A seção de Estatística tem como finalidade organizar dados para a pesquisa clínica, avaliar a instituição e observar a eficiência dos serviços prestados dentro do menor tempo. Sob esse aspecto é responsável pela coleta, apuração, análise e interpretação dos dados obtidos a partir dos prontuários e outras fontes de informação. Realiza

o controle das admissões, transferências, altas, óbitos e cirurgias. Além disso, analisam taxas, índices, coeficientes e elabora o relatório das atividades estatísticas. Fornece informações epidemiológicas (nosologia, incidência de doenças, etc.), realiza estimativas e ajuste de modelos de tempo de vida, entre outros. Os dados e os resultados obtidos servem de base ao corpo clínico para atividades de pesquisa e extensão, bem como ao corpo administrativo para o controle de gastos e custos.

Com relação às atividades do SPP, Sales (2000, *apud* ARAÚJO, 2005, p.30), cita as seguintes:

Setor de registro, onde é realizada a abertura dos prontuários; o *setor de prontuários ou arquivamento*, responsável pelo arquivamento, ordenação, revisão e restauração de prontuários; e por fim o *setor de arquivo nosológico*, responsável pela estatística e classificação das doenças.

Ambos os setores possuem a finalidade de armazenar adequadamente os prontuários, permitindo acesso aos registros pelos usuários e departamentos interessados, assim como a responsabilidade em preparar relatórios baseados nos dados obtidos através do atendimento e acompanhamento ao paciente.

Mac Eachern (s.d. *apud* MEZZOMO, 1991, p.41) cita o SPP como sendo “a parte do hospital responsável pela guarda cuidadosa dos prontuários dos pacientes, efetuando auditoria e relatórios para demonstrar a qualidade e quantidade do trabalho prestado e para acompanhar o progresso da ciência médica através de rigoroso exame de dados.”

Mezzomo (1991, p.41) complementa, dizendo que o SPP “é a tesouraria científica do hospital através da qual circulam valores de vida.”

De acordo com o armazenamento adequado, Muniz (2011, p.29) explana que:

O número de registro dado a cada prontuário facilita o seu arquivamento, resultando em uma melhor e mais ágil recuperação, quando solicitado. Sendo assim, os profissionais que trabalham no Setor do Prontuário do Paciente são responsáveis pelo arquivamento do prontuário e devem conhecer a relevância deste documento para o hospital, conscientes de que a tarefa de arquivar deve ser realizada corretamente, com extrema atenção, pois um prontuário guardado erroneamente resulta em transtornos, principalmente quando o acervo possui uma quantidade elevada de documentos.

Sobre a disponibilidade de acesso e consulta por partes dos usuários, Muniz (2011, p.29) salienta que:

Sendo assim, o SPP deve ainda obter o controle sobre a movimentação do prontuário do paciente dentro da instituição hospitalar, pois em casos de solicitação de um prontuário e o mesmo não estiver no arquivo, o setor tem a responsabilidade de informar a sua localização. Vale lembrar que estes documentos são constantemente requisitados

para os pacientes de consultas ambulatoriais, para os que internam, para as atividades administrativas ou para fins de estudos e pesquisas.

Dessa forma, tanto o SPP quanto o SAME são setores essenciais para o bom funcionamento das atividades propostas junto à instituição, pois além de proporcionar guarda e conservação apropriada ao acervo, possibilita o compartilhamento das informações aos usuários, resultando, assim, em um efetivo fluxo informacional entre os departamentos das instituições de saúde.

Dessa forma, o setor de arquivos médicos tem a responsabilidade de guardar, conservar e disponibilizar as informações produzidas por um hospital, tornando-se, assim, um dos departamentos de mais importância para o bom funcionamento da instituição, bem como para o sucesso de atividades desenvolvidas dentro do mesmo. Logo, todo hospital deve possuir um local adequado para armazenar os documentos produzidos no atendimento dos pacientes que passaram por ali ou recebem tratamento constante, ou seja, um arquivo médico. (MUNIZ, 2011, p.20)

É imprescindível a conservação do prontuário, pois este deve estar disponível aos médicos para utilização de dados em pesquisas, ao paciente e aos seus familiares quando solicitado, e, também, na hipótese de reinternação do paciente, por exemplo. Havendo o registro do atendimento e assistência atribuída inicialmente, é possível dar procedência ao tratamento.

Portanto, fica evidente a importância de um Serviço do Prontuário do Paciente dentro das instituições hospitalares, já que influencia diretamente todas as atividades e funções desenvolvidas, ressaltando que um arquivo médico de qualidade refletirá sobre todo o restante dos departamentos. E ainda, o quanto se faz fundamental a aplicação das práticas arquivísticas no fazer do SPP, tendo o prontuário do paciente como o documento de maior responsabilidade produzido no âmbito hospitalar. (MUNIZ, 2011, p.24)

Com relação ao exposto acima, Côrtes e Côrtes (2011, p.132) complementam que “the consequences of the low quality of the available information and the problems of storage of and access to a large number of records extend to scientific research, impeding the development of retrospective and epidemiological analyses.”¹⁹

“O prontuário deve permitir acompanhar o diagnóstico e o tratamento do paciente de forma adequada, controlando, reunindo e preservando todas as informações, proporcionando maiores facilidades ao seu atendimento, seja em suporte de papel ou informatizado.” (MAGALHÃES; FERREIRA, 2005, p.10)

¹⁹ “As consequências da baixa qualidade da informação disponível e os problemas de acesso a um grande número de registros e armazenamento se estendem à investigação científica, impedindo o desenvolvimento de análises retrospectivas e epidemiológicas.” (CÔRTEES; CÔRTEES, 2011, p.132, tradução nossa)

Com o aumento da produção de prontuários e a ausência de espaço adequado para sua guarda e armazenamento, assim como de políticas e procedimentos viáveis para seu tratamento, Lunardelli e Molina (2010, p.70) sustentam que:

A elevada quantidade de prontuários, aliada à escassez de espaços físicos e a inexistência de uma metodologia sistemática de acondicionamento e recuperação desses documentos, constituem-se atualmente em imensos problemas que demandam análises e ações urgentes.

Dessa forma, é necessária a presença de um local adequado destinado à guarda dos documentos e que este esteja em boas condições, pois assim é possível acessar e disponibilizar as informações a qualquer momento, sendo possível dar continuidade às atividades administrativas da instituição.

CONSIDERANDO que compete à instituição de saúde e/ou ao médico o dever de guarda do prontuário, e que o mesmo deve estar disponível nos ambulatórios, nas enfermarias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional. (CFM, nº 1.638/2002)

O prontuário do paciente é formulado com base em diversas leis e códigos, devendo ser conhecidos e respeitados pelo profissional arquivista durante sua atuação para que as informações sejam gerenciadas de modo adequado no que se refere a sua tramitação, disseminação e guarda.

Com relação aos prazos de guarda, há muita divergência, pois de acordo com resultados e laudos alguns prontuários apresentam prazos desiguais. Mediante a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, o Art. 3º cita que:

§ 1º Os prontuários médicos, contendo os resultados ou os laudos dos exames referentes aos diagnósticos de morte encefálica e cópias dos documentos de que tratam os arts. 2º, parágrafo único; 4º e seus parágrafos; 5º; 7º; 9º, §§ 2º, 4º, 6º e 8º, e 10, quando couber, e detalhando os atos cirúrgicos relativos aos transplantes e enxertos, serão mantidos nos arquivos das instituições referidas no art. 2º por um período mínimo de cinco anos.

De acordo com o CFM, anteriormente, a Resolução nº 1331/89 estabelecia o prazo de 10 anos após o último registro para o prontuário ser substituído por métodos de registro que assegurassem sua restauração plena. No entanto, esta foi revogada, estipulando posteriormente o prazo mínimo de guarda para esta documentação, em suporte papel, sendo de 20 (vinte) anos a partir do último registro, podendo ser microfilmada ou digitalizada de forma permanente.

Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários médicos em suporte de papel. Estabelecer a guarda permanente para os prontuários médicos arquivados eletronicamente em meio óptico ou magnético, e microfilmados. (CFM, nº 1.639/2002)

Desta forma, é essencial manter a integridade das informações presentes junto ao prontuário do paciente, devido a sua importância como instrumento de trabalho, servindo como apoio à tomada de decisões e como material de uso diário para consulta e análise, assim como meio de comunicação constante entre profissionais da equipe multidisciplinar.

7. ADOÇÃO DO PROCESSO DE DIGITALIZAÇÃO EM PRONTUÁRIOS: uma solução?

O prontuário em papel apresenta deficiências e dificuldades, como, por exemplo, a característica de não poder ser utilizado de modo simultâneo, impossibilitando, dessa forma, sua difusão instantânea. O sistema de informação manual é visto como um meio de comunicação limitado após grande desenvolvimento na área da tecnologia digital.

Sobre a substituição de informações registradas em suportes convencionais, agora gerada e acumulada em meio digital, Lopes (1996, p.54) afirma que “cada vez mais, a informação arquivística está sendo gravada em documentos legíveis por computadores. O presente da gestão da informação arquivística tem no computador um aliado poderoso. O futuro digital da informação arquivística, apesar de muitos exageros, é inegável.”

Além da adoção de procedimentos de conservação visando prolongar a vida útil documental, protegendo, assim, o acervo de elementos responsáveis pela deterioração, há o processo de digitalização de documentos. Diferente do prontuário eletrônico, o qual já é criado em meio digital, a digitalização não permite a manipulação das informações e mudanças na apresentação dos dados.

Pode-se destacar que a digitalização proporciona acesso à informação, mas sem apresentar contato direto com os documentos originais, que deverão ser armazenados e acondicionados de forma adequada com a finalidade de preservar suas características e informações.

De acordo com Leão (1997, *apud* PINTO; SOARES, 2010, p.30), “a digitalização de documentos não pode ser considerada como um prontuário eletrônico, uma vez que não traz mudanças de comportamento e não possibilita a estruturação da informação.”

Como esclarece o CONARQ (2010, p.6), o processo de digitalização propõe:

Contribuir para o amplo acesso e disseminação dos documentos arquivísticos por meio da Tecnologia da Informação e Comunicação; permitir o intercâmbio de acervos documentais e de seus instrumentos de pesquisa por meio de redes informatizadas; promover a difusão e reprodução dos acervos arquivísticos não digitais, em formatos e apresentações diferenciados do formato original; incrementar a preservação e segurança dos documentos arquivísticos originais que estão em outros suportes não digitais, por restringir seu manuseio.

O CONARQ (2010, p.5-6) complementa o conceito de digitalização como:

(...) um processo de conversão dos documentos arquivísticos em formato digital, que consiste em unidades de dados binários, denominadas de bits - que são 0 (zero) e 1 (um), agrupadas em

conjuntos de 8 bits (binary digit) formando um byte, e com os quais os computadores criam, recebem, processam, transmitem e armazenam dados. [...] A digitalização portanto, é dirigida ao acesso, difusão e preservação do acervo documental.

Dessa forma, a digitalização garante uma cópia dos documentos originais, podendo ser administrados a partir do meio digital, proporcionando acesso, pesquisa e consulta, e podendo ser recuperados com facilidade através da ferramenta de indexação, ou seja, palavras-chave.

Lunardelli, Molina e Tonello (2012, p.4) consideram o procedimento de digitalização como “[...] forma de armazenamento com melhores possibilidades de acesso, preservação e recuperação para a Instituição.”

A prática da digitalização e os documentos digitalizados não substituem os originais, mas favorece a rapidez do fluxo informacional e proporciona maior rendimento acerca do gerenciamento da informação.

Com relação à preservação do acervo, Amaral (2004, p.2, *apud* LUNARDELLI; MOLINA; TONELLO, 2012, p.5) comenta que “diferente da microfilmagem²⁰, a digitalização não tem a finalidade de preservação do original, mas cumpre o papel de preservação na medida em que evita excessiva manipulação dos originais”.

Diariamente, inúmeros documentos são produzidos em instituições de saúde mediante o grande número de atendimentos realizados e, a partir de tais registros, são anexados aos prontuários dos pacientes. Infelizmente, esse fator compromete o espaço físico reservado para a guarda e armazenamento do acervo, o que dificulta sua preservação e acesso às informações pelos usuários. Para tanto, uma solução para esse caso seria a adoção do processo de digitalização.

“[...] uma forma de resolver o problema da ocupação do espaço físico pelos prontuários, aliada a aspectos relacionados à sua efetiva e eficaz recuperação seria a digitalização.” (LUNARDELLI; MOLINA; TONELLO, 2012, p.1)

Lopes (1996, p.53) enfatiza a importância e grande utilidade das tecnologias atuais da seguinte forma:

Os benefícios do uso destas tecnologias é indiscutível. Elas se impuseram frente ao crescimento do universo informacional do mundo atual e, por si só, são um meio de desenvolvimento do mesmo. Delas, destacam-se os recursos informáticos, que, devido a sua capacidade e versatilidade eletrônica, têm invadido os domínios das tecnologias da informação mais antigas e, praticamente, todas as

²⁰ De acordo com o Decreto nº 1.799/1996, o qual regulamenta a lei da microfilmagem, se refere à microfilmagem como o resultado do processo de reprodução em filme, de documentos, dados e imagens, por meios fotográficos ou eletrônicos, em diferentes graus de redução.

formas já inventadas de trabalho e lazer intelectual, adulto e infantil, público e privado etc.

Com relação às vantagens proporcionadas pelo processo de digitalização, a EMBRAPA (2006, p.18) complementa que essa prática coopera para:

(...) melhorar o acesso; ajudar na preservação dos materiais originais reduzindo seu manuseio; facilitar atividades de pesquisa; atender as necessidades do público; complementar outras iniciativas de digitalização, de dentro e fora da instituição.

Com a ausência de espaço físico adequado para o armazenamento de documentos, muitas instituições de saúde recorrem a outros locais para sua guarda, o que se torna inadequado, pois tais ambientes poderiam estar sendo utilizados para atender um maior número de pacientes, por exemplo.

Os arquivos hospitalares acumulam um grande número de prontuários de pacientes, que necessitam de grandes espaços para o seu armazenamento. Os prontuários crescem aceleradamente nos hospitais, sendo que muitas vezes o espaço disponibilizado para a guarda desta documentação é insuficiente, gerando uma demanda por locais cada vez maiores. Os locais utilizados para a armazenagem dos prontuários dos pacientes poderiam ser utilizados para ampliar o serviço de atendimento médico (criação de novos leitos, salas de cirurgia, etc.) e assim proporcionar melhor atendimento a seus pacientes. (OLIVEIRA, 2011, p.41)

O prazo de guarda para prontuários em papel e prontuários em meio digital ou eletrônico apresenta uma diferenciação, sendo, para o primeiro, um período de vinte anos a partir do último registro e, para o segundo, guarda permanente.

A resolução também estabelece a guarda permanente para os prontuários dos pacientes arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmados ou digitalizados. Em contrapartida, para os prontuários dos pacientes em suporte de papel que não foram arquivados desta maneira, fica estabelecido o prazo mínimo de vinte anos, a partir do último registro. (LUNARDELLI; MOLINA; TONELLO, 2012, p.7)

O arquivista deve sempre proceder corretamente quanto às necessidades do acervo, proporcionando soluções adequadas que visem o bom funcionamento do fluxo informacional. Para isso, é necessário que esteja atento e atualizado sobre novas tecnologias e ferramentas de trabalho que proporcionem maior otimização no gerenciamento, guarda e recuperação das informações.

Para resolver o grande volume de documentos existentes nas instituições, e, conseqüentemente, a falta de espaço para sua guarda, a Resolução 1.821/2007 do CFM é criada para solucionar essa deficiência através da adoção do processo de digitalização.

Grande parte das instituições não possui controle e organização desde o momento da produção dos prontuários, dificultando a busca e acesso às informações, e levando, também, ao descarte dos documentos sem critérios pré-estabelecidos. Assim, como benefícios dessa Resolução, têm-se a economia de espaço nos arquivos e a preservação de suas informações.

Com isso, através da adoção de novas tecnologias, a digitalização é uma ferramenta de grande importância para a conservação e difusão da informação, proporcionando melhorias na administração, acesso, recuperação e guarda das informações, permitindo o compartilhamento com outros usuários, podendo acessá-las em qualquer local que desejarem, diminuindo, assim, fatores como custo, tempo e distância.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda e qualquer instituição que, mediante suas atividades, seja responsável pela produção, guarda e armazenamento de documentos deve ter consciência de que a respectiva documentação deve ser administrada com zelo e acondicionada em circunstâncias favoráveis para que as informações contidas não sejam perdidas ou danificadas.

Na área da saúde, problemas como a falta de cuidado no manuseio e tratamento documental desde a produção de prontuários expõe o acervo a condições de deterioração, prejudicando o suporte e colocando em risco informações relacionadas ao atendimento a cada paciente.

O desenvolvimento de atividades recorrentes em hospitais e instituições de saúde origina uma vasta quantidade de documentos, que, caso não seja devidamente gerenciada, resulta em uma administração inadequada, levando a perda de conteúdo informacional e, conseqüentemente, a usuários descontentes e insatisfeitos.

Cada cidadão possui o direito de acessar informações pertinentes ao seu interesse, sua história e sua memória. Para tanto, como isso poderá ser possível se estes dados não forem preservados?

Será que todos compreendem a importância do prontuário, sua finalidade e utilidade como meio de comunicação essencial junto ao ambiente de trabalho? Ou sua importância como fundamento para descobertas e futuras pesquisas científicas? Será que todos concordam na guarda desse acervo em locais inadequados, juntamente com a utilização de materiais impróprios desde o momento da produção documental ou compreendem com clareza os benefícios propostos pela adoção da conservação preventiva?

Enquanto algumas instituições se preocupam em desenvolver procedimentos advindos da conservação preventiva com o objetivo de trazer melhorias ao seu acervo, outras apresentam falta de informação sobre a adoção de materiais apropriados para a preservação dos documentos, não havendo conhecimento no modo de manuseá-los, armazená-los e acondicioná-los adequadamente, ocasionando, assim, casos extremos de degradação.

Sem os cuidados necessários desde a produção documental, visando a duração do suporte e das informações que ali estão registradas, o acervo apresentará problemas a longo prazo devido ao desgaste dos documentos em razão da sua constante utilização, conseqüente do manuseio e intervenções incorretas.

A ausência desses cuidados irá comprometer a guarda permanente do documento, sendo fundamental a aplicação do processo de conservação preventiva desde o momento da

produção, o qual apresentará benefícios referentes ao acesso, recuperação e guarda das informações ao serviço produtor e seus usuários, assim como possibilitará garantir ao acervo sua função como memória e salvaguarda de direitos, evitando a necessidade de intervenções futuras e gastos com possíveis restauros à documentação. Assim, a conservação documental irá garantir o patrimônio cultural da instituição.

Instituições e serviços de saúde que não consideram relevantes a conservação e guarda adequada de registros médicos que possam comprovar todo o trâmite documental referente ao histórico, tratamento, evolução e quadro clínico do paciente impossibilitam a difusão e compartilhamento de dados vitais para o acompanhamento da qualidade da assistência, assim como para a tomada de decisões quanto ao diagnóstico e comprovação de intervenções.

Dessa forma, a implantação de procedimentos advindos da conservação preventiva deve ser prioridade e estar em primeiro plano junto às atividades da instituição, e, para que isso seja possível, é necessário desenvolver um planejamento que vise sanar deficiências encontradas no acervo.

Esse planejamento, portanto, requer atenção a fatores fundamentais para manter a estabilidade dos documentos e evitar sinais de deterioração, como, por exemplo, a natureza dos materiais empregados na composição do documento, instalações, monitoramento e controle ambiental, armazenamento, acondicionamento, manuseio, vistorias e plano para desastres.

Como forma de prevenção, funcionários do CEES e usuários do acervo devem receber orientação para manusear o documento de forma correta, para utilizarem materiais adequados na composição e guarda do documento e, também, treinamento para reconhecerem sinais de oxidação; os locais de guarda dos acervos devem estar bem equipados para que possa haver renovação e boa circulação do ar no ambiente, assim como índices apropriados de temperatura e umidade, evitando o desenvolvimento de agentes biológicos; tais ambientes devem, também, possuir equipamentos capazes de combater eventuais desastres, como incêndios e inundações, por exemplo.

Sobre a adoção do processo de digitalização, essa prática surge para suprir as necessidades dos usuários em meio à procura de informações, facilitando no momento do atendimento ao paciente e proporcionando maior comunicação durante o trabalho diário da equipe multidisciplinar. Esse recurso possibilita acesso rápido e pesquisa instantânea, obtendo, assim, agilidade na busca por resultados a partir da difusão e compartilhamento das informações entre os profissionais de saúde.

Junto à situação encontrada no CEES, devido à grande produção de documentos e limitação de espaço físico para sua guarda, a implantação do processo de digitalização torna-se necessária, pois irá otimizar o grande volume documental e, ao mesmo tempo, permitir o acesso por parte dos usuários. Quanto ao manuseio dos documentos, a digitalização restringe o contato direto à documentação original, garantindo sua integridade, assim como a preservação e segurança das informações.

A presença do arquivista na instituição, atuando paralelamente ao corpo clínico, é fundamental para auxiliar nos cuidados necessários à massa documental, desde o momento de sua produção, a fim de propor uma racionalização e adoção de materiais adequados, assim como proporcionar soluções na área tecnológica, como, por exemplo, a adoção do processo de digitalização dos prontuários, possibilitando sua guarda de maneira eficaz. Independente do tipo de tratamento e intervenção que possa ser adotada, este serviço deve ser acompanhado pelo responsável pela conservação da instituição.

Com o auxílio do conteúdo disponibilizado pelos prontuários, é possível avaliar as condições de saúde de um país, pois os registros médicos possibilitam reconhecer a situação atual das instituições de saúde através de estudos baseados em tais informações, resultando, assim, na formulação de estatísticas. A respectiva documentação é fundamental, também, para o desenvolvimento do atendimento médico, a tranquilidade e satisfação do paciente, o auxílio para futuras pesquisas médicas, a base para educação no campo da medicina e, também, como ferramenta de trabalho junto às atividades administrativas da instituição de saúde.

A adoção de procedimentos de conservação deve se tornar prática rotineira desde a produção documental e, posteriormente, em meio às atividades, pois, assim, é possível administrar a documentação de forma correta, proporcionando maior organização, acesso e disponibilização aos usuários.

Dessa forma, com a definição de diretrizes a respeito da adoção dos procedimentos advindo da prática de conservação preventiva em prontuários e os benefícios desse processo, é possível identificar as deficiências causadas pelo armazenamento e acondicionamento inadequado ou, até mesmo, pela falta de conservação, e quais atitudes devem ser tomadas para que esse quadro possa ser revertido.

Essa pesquisa, portanto, contribui para o desenvolvimento de trabalhos futuros que tenham como objetivo explorar a importância em conservar a integridade do conjunto documental desde o momento de sua produção e, também, como fundamento para outras instituições que possuam interesse em preservar seu acervo de maneira correta, combatendo agentes de deterioração e, assim, prolongando a vida útil dos documentos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, K. S. de. **Ergonomia Hospitalar**: uma intervenção macroergonômica em um hospital em São Luís (MA) no setor de arquivo médico de prontuários. Monografia (Graduação em Desenho Industrial) – Centro de Ciências Exatas e Tecnologia, Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís, 2005. Disponível em: <http://www.nepp.ufma.br/documentos/Monografia_KerlyAraujo.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2014

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Assistência de Preservação do Patrimônio Histórico do Legislativo. Disponível em: <<http://www.alepe.pe.gov.br/museuvirtual/Conservacao.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2014

AZEVEDO, F. C.; LINO, L. A. S.; HANNESH, O. **Política de Preservação no âmbito do gerenciamento de Coleções Especiais**: um estudo de caso no Museu de Astronomia e Ciências Afins. Anais da Biblioteca Nacional, v. 123, p. 59-75, 2007. Disponível em: <www.bn.br/planor/documentos/Lucia_Alves.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2012

BELLOTTO, H. L. **Arquivos permanentes**: tratamento documental. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004, 320p.

BEZERRA, P. R. C. **A Estatística na Organização Hospitalar**. 2002. 76 f. Monografia (Graduação em Estatística) – Centro de Ciências Exatas e da Terra, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Natal, 2002. Disponível em: <<ftp://177-131-122-59.acessoline.net.br/xgestho/docs/NT0008E2AE.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2014

BRAGA, T. M. S. Caracterização da clientela atendida no Centro de Orientação Educacional. In: OMOTE, S. (Sup.). **Boletim do COE**. Marília: UNESP. n.1, 1996, p.6-16

BRAGA NETO, F. C.; BARBOSA, P. R.; SANTOS, I. S. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA L. E. S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz e Cebes, 2008, p.665-704

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292p.

BRASIL. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19434.htm>. Acesso em: 27 mar. 2014

BRITO, F. OFICINA COMO FAZER - CONFEÇÃO DE EMBALAGENS PARA ACONDICIONAMENTO DE DOCUMENTOS. 2010. Disponível em: <<http://www.sisemsp.org.br/blog/wp-content/uploads/2013/04/Confec%C3%A7%C3%A3o-de-Embalagem-Acondicionamento-de-Documents-AASP.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2014

CASSARES, N. C.; MOI, C. Como fazer conservação preventiva em arquivos e bibliotecas. São Paulo: Arquivo do Estado: Imprensa Oficial, 2000.

CIOCCA, I. G. A Importância da Prática de Conservação nos Arquivos Correntes e Intermediários no Centro de Estudos da Educação e Saúde de Marília (CEES). Monografia (Graduação em Arquivologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista – UNESP, Marília, 2010.

COMISSÃO ESPECIAL DE PRESERVAÇÃO DO ACERVO DOCUMENTAL – CEPAD. A Importância da Informação e do Documento na Administração Pública Brasileira. Brasília, Fundação Centro de Formação do Servidor Público – FUNCEP, 1987.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.246, de 08 de janeiro de 1988. Código de ética médica. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1988/1246_1988.htm>. Acesso em: 27 mar. 2014

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.331, de 21 de setembro de 1989. Código de ética dos profissionais de medicina. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1989/1331_1989.htm>. Acesso em: 27 mar. 2014

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm>. Acesso em: 18 fev. 2013

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.821, de 23 de novembro de 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1821_2007.htm>. Acesso em: 27 mar. 2014

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. **Recomendações para Digitalização de Documentos Arquivísticos Permanentes**. Rio de Janeiro, 2010. 27p. Disponível em: <http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/media/publicacoes/recomendaes_para_a_digitalizao.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2013

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL. **Prontuário médico do paciente**: guia para uso prático. Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. Brasília: Conselho Regional de Medicina, 2006. 94 p. Disponível em http://www.periciamedicadf.com.br/publicacoes/prontuario_medico_paciente.pdf. Acesso em: 12 mar. 2014

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA. Manual de Orientação Ética e Disciplinar. 2ed. rev. Atual. Florianópolis, 2000. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/Regional/crm-sc/manual/parte3b.htm>>. Acesso em: 27 mar. 2014

CÔRTEZ, P. L.; CÔRTEZ, E. G. P. **Hospital Information Systems**: a Study of Electronic Patient Records. Revista de Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação (Online), v. 8, p. 131-154, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jistm/v8n1/a08v8n1.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2014.

COSTA, M. F. **Noções básicas de conservação preventiva de documentos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CICT, 2003. Disponível em: <www.bibmanguinhos.cict.fiocruz.br/normasconservacao.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2012

DICIONÁRIO DE TERMINOLOGIA ARQUIVÍSTICA. São Paulo: Associação dos Arquivistas Brasileiros – Núcleo Regional de São Paulo: Secretaria de Estado da Cultura, 1996.

DUARTE, Z. **Preservação de documentos**: métodos e práticas de salvaguarda. 3 ed. Salvador: EDUFBA, 2009. 166 p.

EMPRESA BRASILEIRA DE PESQUISA AGROPECUÁRIA – EMBRAPA SCT. **Guia para Digitalização de Documentos Versão 2.0**. Brasília, 2006.

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS. Objetivos da Unidade Auxiliar. Disponível em: <<http://www.marilia.unesp.br/#!/unidade-auxiliar/objetivos/>>. Acesso em: 12 abr. 2013

GALVÃO, M. C. B.; RICARTE, I. L. M. **Prontuário do Paciente**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. v. 1, 344p.

GARLICK, K. Planejamento de um programa eficaz de manutenção de acervos. In: OGDEN, S.; GARLICK, K. **Planejamento**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2001. p. 21

GOMES, S. C.; MOTTA, R. T. **A preservação do acervo antigo da Biblioteca Municipal de São João Del Rei**: um desafio. UFMG, Belo Horizonte, v.19, n.1, 1990, p.39-58.

GONÇALVES, J. **Como classificar e ordenar documentos de arquivo**. São Paulo: Arquivo do Estado, 1998. (Projeto como fazer; v.2)

HORIGUELA, M. L. M.; OMOTE, S. A trajetória do Centro de Orientação Educacional. In: OMOTE, S. (Sup.). **Boletim do COE**. Marília: UNESP. n.1, 1996, p.1-5

INNARELLI, H. C. Preservação digital: a influência da gestão dos documentos digitais na preservação da informação e da cultura. Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação, Campinas, v. 8, n. 2, p. 72-87, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.sbu.unicamp.br/seer/ojs/index.php/rbci/article/view/487/330>>. Acesso em: 27 mar. 2014

LOPES, L. C. **A Informação e os arquivos**: teorias e práticas. Niterói: EDUFF; São Carlos: EDUFSCar, 1996, 142 p.

LUCCAS, L.; SERIPIERRI, D. **Conservar para não restaurar**: uma proposta para preservação de documentos em bibliotecas. Brasília: Thesaurus, 1995. 128p.

LUNARDELLI, R. S. A.; MOLINA, L. G.; TONELLO, I. M. S. **A digitalização do prontuário do paciente na perspectiva dos princípios arquivísticos**. In: XIII ENANCIB, 2012, Rio de Janeiro. Anais do XIII Encontro Nacional de pesquisa em Ciência da Informação. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

MAGALHÃES, A. L. de S.; FERREIRA, M. M. **Hospital Universitário**: uma política de arquivo, gestão e gerenciamento do prontuário de paciente. Revista do Hospital Universitário/UFMA, v.6, n.1, 2005, p.9-12. Disponível em: <http://www.huufma.br/site/estaticas/revista_hu/pdf/Revista_HU_Volume_6_1_JAN_ABR_2005.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2014

MENEGHETTI, A. R. **Definição das Informações Essenciais para o Prontuário do Paciente**: o caso de um hospital regional filantrópico. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS/URI, Santo Ângelo, 1999. Disponível em <http://www.ufrgs.br/gianti/files/orientacao/mestrado/proposta/pdf/20_mest_proposta_meneghetti.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2014

MEZZOMO, A. A. **Serviço do prontuário do paciente**: organização e técnica. 3 ed. São Paulo: CEDAS, 1991. 443p.

MOLINA, L. G.; LUNARDELLI, R. S. A. **O Prontuário do Paciente e os Pressupostos Arquivísticos**: estreitas e profícuas interlocuções / **Registros de pacientes y los supuestos archivero**: los diálogos estrecha y fructífera. Informação & Informação, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 68-84, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/4764/5879>>. Acesso em: 12 maio 2014

MUNIZ, T. F. **Conservação Preventiva**: enfoque nos prontuários dos pacientes da Associação Beneficente Hospital Universitário (ABHU). Monografia (Graduação em Arquivologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista – UNESP, Marília, 2011.

OLIVEIRA, T. D. de. **O Prontuário do Paciente e a Resolução 1.821/2007**: um olhar jurídico e arquivístico para o arquivo permanente hospitalar. Monografia (Graduação em Arquivologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista – UNESP, Marília, 2011.

OMOTE, S. Do Centro de Orientação Educacional ao Centro de Estudos da Educação e da Saúde: em busca de maioria acadêmica e administrativa. In: OMOTE, S. (Org.). **Boletim do COE**. Marília: UNESP-Marília-Publicações. n. 5, 2000. p.1-5

PAES, M. L. **Arquivo**: teoria e prática. 3 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2004. 228 p.

PEREIRA, E.; CARDOSO, O. **A Conservação Preventiva na Produção Documental**. Arquivo Distrital do Porto, [s.d.], não paginado. Disponível em: <<http://www.bad.pt/publicacoes/index.php/congressosbad/article/viewFile/240/241>>. Acesso em: 24 maio 2014

PINTO, V. B.; SOARES, M. E. (Org.). **Informação para a Área de Saúde**. 1. ed. Fortaleza: Edições UFC, 2010. v. 1. 136p

ROUSSEAU, J-Y.; COUTURE, C. **Os Fundamentos da Disciplina Arquivística**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1998

SANTOS, S. R. dos; PAULA, A.F.A. de, LIMA, J.P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2003, 80-87. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16563>>. Acesso em: 07 maio 2014

SCHELLENBERG, T. R. **Arquivos Modernos**: princípios e técnicas. Tradução de Nilza Teixeira Soares. 6ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006, 386 p.

SILVA, R. R. G. da (Org.); ALMEIDA FILHO, N. M. de. **Preservação Documental**: uma mensagem para o futuro. Salvador: EDUFBA, 2012, 130p.

URGELLÈS, C. B.; CREHUET, À. B. **El Patrimonio Bibliográfico y Documental**: claves para su conservación preventiva. Gijón (Asturias): Ed. Trea, 2002, 158p.

YAMASHITA, M. M.; PALETTA, F. A. C. **Preservação do patrimônio documental e bibliográfico com ênfase na higienização de livros e documentos textuais**. Rio de Janeiro, v.2, n.2, 173, ago./dez. 2006.

ANEXO A – Ficha para Protocolo de Triagem



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

CEES – Centro de Estudos da Educação e da Saúde

PROTOCOLO DE TRIAGEM

PRONTUÁRIO Nº _____

IDENTIFICAÇÃO			
Nome:			
D.N.: / /		Idade atual:	Sexo:
RG (opcional):		Naturalidade:	
Estado Civil:		Profissão:	
Filiação	Pai:	Profissão:	
	Mãe:	Profissão:	
Responsável legal (se cabível):			
Endereço residencial:			
Bairro:			
Município:		CEP:	
Telefone	Residencial:		Falar com:
	Recado:		
Convênio:			
Escolaridade:		Período:	
Escola:			
INFORMAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA			
Renda familiar:		Valor do salário mínimo atual:	
Nº pessoas que dependem da renda informada:			
Entrevistado:			
Encaminhado por:			
QUEIXA E HISTÓRIA DA QUEIXA			

CONDUTAS

ENCAMINHAMENTO INTERNO

() Avaliação fonoaudiológica

() Avaliação T. O.

() Avaliação pedagógica:

() Deficiência Mental

() Deficiência Física

() Deficiência Auditiva

() Deficiência Visual

() Múltiplas Deficiências

() Dificuldades de Aprendizagem

() Avaliação fisioterápica:

() Neuro / adulto

() Neuro / infantil

() Cardio / respiratória

() Oncologia

() Ortopedia

() Outros: _____

() Projetos de extensão:

() P.I.D.I

() N.I.C.

() Estimulação Precoce

() Intervenção Pedagógica e Psicopedagógica

() Programa AVE (TO)

() Outros (especificar): _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:

DATA: ____/____/____

ANEXO B – Formulários para Controle de Atendimento

CONTROLE DE ATENDIMENTO

(Formulário A)

PRONTUÁRIO Nº. :		
NOME:		
DATA DE NASCIMENTO:		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE Nº.:		
ATENDIMENTOS REALIZADOS:	INÍCIO (DD/MM/AAAA)	TÉRMINO (DD/MM/AAAA)
☐ Triagem	/ /	/ /
☐ Serviço Social: avaliação sócio-econômica	/ /	/ /
☐ Otorrinolaringologia	/ /	/ /
☐ Oftalmologia	/ /	/ /
☐ Neurologia	/ /	/ /
FONOAUDIOLOGIA. ÁREA:		
☐ Audiologia Clínica	/ /	/ /
☐ Avaliação Objetiva da Audição	/ /	/ /
☐ Audiologia – Dispositivo de Amplificação Sonora Individual	/ /	/ /
☐ Diagnóstico Fonoaudiológico	/ /	/ /
☐ Linguagem Infantil	/ /	/ /
☐ Linguagem, Fala e Deglutição em Lesados Encefálicos	/ /	/ /
☐ Fonologia e Motricidade Oral	/ /	/ /
☐ Voz	/ /	/ /
☐ Fluência	/ /	/ /
☐ Linguagem Escrita	/ /	/ /
☐ Audiologia Educacional	/ /	/ /
☐ Comunicação Alternativa	/ /	/ /
FISIOTERAPIA. ÁREA:		
☐ Ortopedia	/ /	/ /
☐ Neuro/adulto	/ /	/ /
☐ Neuro/Infantil	/ /	/ /
☐ Reumatologia	/ /	/ /
☐ Cardiovascular	/ /	/ /
☐ Respiratória	/ /	/ /
TERAPIA OCUPACIONAL. ÁREA:		
☐	/ /	/ /
☐	/ /	/ /
PEDAGOGIA. ÁREA:		
☐ Deficiência Mental	/ /	/ /
☐ Deficiência Física	/ /	/ /
☐ Deficiência Auditiva	/ /	/ /
☐ Deficiência Visual	/ /	/ /
☐ Múltiplas Deficiências	/ /	/ /
☐ Dificuldades de Aprendizagem	/ /	/ /
PROJETOS DE EXTENSÃO:		
☐ P.I.D.I.	/ /	/ /
☐ N.I.C.	/ /	/ /
☐ Estimulação Precoce	/ /	/ /
☐ Intervenção Pedagógica e Psicopedagógica	/ /	/ /
☐ Programa de AVE (TO)	/ /	/ /
☐ Outros (especificar):	/ /	/ /
SERVIÇO DE:		
☐ Psicologia	/ /	/ /
☐ Terapia Ocupacional	/ /	/ /
☐ Fisioterapia	/ /	/ /
☐ Pedagogia	/ /	/ /
☐ Fonoaudiologia	/ /	/ /
☐ Outros (especificar):	/ /	/ /

CONTROLE DE ATENDIMENTO

(Formulário B)

[illegible]

CONTROLE DE ATENDIMENTO

(Formulário C)

ENCERRAMENTO DO CASO

☐ Alta – Área/Grupo:	
☐ Alta circunstancial – Área/Grupo:	
☐ Desligado – Área/Grupo:	
Motivo do desligamento: ☐ Por falta injustificada ☐ Desistência ☐ Óbito ☐ Por receber atendimento similar em outra instituição ☐ Encaminhamento: _____ ☐ Outros. Especificar: _____	
Observações:	Data: ____/____/____ (carimbo e assinatura)

☐ Alta – Área/Grupo:	
☐ Alta circunstancial – Área/Grupo:	
☐ Desligado – Área/Grupo:	
Motivo do desligamento: ☐ Por falta injustificada ☐ Desistência ☐ Óbito ☐ Por receber atendimento similar em outra instituição ☐ Encaminhamento: _____ ☐ Outros. Especificar: _____	
Observações:	Data: ____/____/____ (carimbo e assinatura)

☐ Alta – Área/Grupo:	
☐ Alta circunstancial – Área/Grupo:	
☐ Desligado – Área/Grupo:	
Motivo do desligamento: ☐ Por falta injustificada ☐ Desistência ☐ Óbito ☐ Por receber atendimento similar em outra instituição ☐ Encaminhamento: _____ ☐ Outros. Especificar: _____	
Observações:	Data: ____/____/____ (carimbo e assinatura)

☐ Alta – Área/Grupo:	
☐ Alta circunstancial – Área/Grupo:	
☐ Desligado – Área/Grupo:	
Motivo do desligamento: ☐ Por falta injustificada ☐ Desistência ☐ Óbito ☐ Por receber atendimento similar em outra instituição ☐ Encaminhamento: _____ ☐ Outros. Especificar: _____	
Observações:	Data: ____/____/____ (carimbo e assinatura)

☐ Alta – Área/Grupo:	
☐ Alta circunstancial – Área/Grupo:	
☐ Desligado – Área/Grupo:	
Motivo do desligamento: ☐ Por falta injustificada ☐ Desistência ☐ Óbito ☐ Por receber atendimento similar em outra instituição ☐ Encaminhamento: _____ ☐ Outros. Especificar: _____	
Observações:	Data: ____/____/____ (carimbo e assinatura)

☐ Alta – Área/Grupo:	
☐ Alta circunstancial – Área/Grupo:	
☐ Desligado – Área/Grupo:	
Motivo do desligamento: ☐ Por falta injustificada ☐ Desistência ☐ Óbito ☐ Por receber atendimento similar em outra instituição ☐ Encaminhamento: _____ ☐ Outros. Especificar: _____	
Observações:	Data: ____/____/____ (carimbo e assinatura)

ANEXO C – Termo de Aceite das Normas da Instituição



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

Centro de Estudos da Educação e da Saúde

TERMO DE CIÊNCIA

Eu, _____, responsável
por _____, estou ciente de que os
atendimentos no Setor de _____, do Centro de
Estudos da Educação e da Saúde, da UNESP - Campus de Marília, poderão ser
interrompidos na ocorrência de duas faltas consecutivas sem justificativa.

Marília, _____ de _____ de _____.

Assinatura

ANEXO D – Termo de Autorização para Filmagens e Gravações



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

CENTRO DE ESTUDOS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Estou ciente de que os atendimentos oferecidos no Centro de Estudos da Educação e da Saúde (CEES) serão realizados por alunos estagiários com o acompanhamento de um docente supervisor de estágio credenciado, e que esses atendimentos serão monitorados e observados tanto por professores supervisores quanto por estagiários envolvidos nos atendimentos.

Declaro ter sido informado/a de que os dados resultantes do processo de atendimento serão documentados, para fins de acompanhamento e análise evolutiva, por meio de registros em prontuário, gravações de imagens ou voz. Estou ciente de que esses dados poderão também ser utilizados em atividades de ensino e discussão de caso em equipe multiprofissional. Sendo assim, autorizo a utilização dos dados do Prontuário N° _____, de _____, bem como de registros de imagem e voz, em atividades de ensino e/ou discussão clínica de caso, tendo meu direito assegurado de retirar a autorização, se julgar necessário.

Marília, _____ de _____ de _____

Assinatura do usuário/cliente ou responsável legal: _____

Nome completo (por extenso): _____

Documento de Identidade: _____

ANEXO E – Resolução CFM 1.821/2007

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.821/07

(Publicada no D.O.U. de 23 nov. 2007, Seção I, pg. 252)

Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar um prontuário para cada paciente a que assiste;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina (CFM) é a autoridade certificadora dos médicos do Brasil (AC) e distribuirá o CRM-Digital aos médicos interessados, que será um certificado padrão ICP-Brasil;

CONSIDERANDO que as unidades de serviços de apoio, diagnóstico e terapêutica têm documentos próprios, que fazem parte dos prontuários dos pacientes;

CONSIDERANDO o crescente volume de documentos armazenados pelos vários tipos de estabelecimentos de saúde, conforme definição de tipos de unidades do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO os avanços da tecnologia da informação e de telecomunicações, que oferecem novos métodos de armazenamento e transmissão de dados;

CONSIDERANDO o teor das Resoluções CFM nºs 1.605, de 29 de setembro de 2000, e 1.638, de 9 de agosto de 2002;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/02, aprovado na sessão plenária de 10 de julho de 2002, que trata de prontuário elaborado em meio eletrônico;

CONSIDERANDO que o prontuário do paciente, em qualquer meio de armazenamento, é propriedade física da instituição onde o mesmo é assistido – independente de ser unidade de saúde ou consultório –, a quem cabe o dever da guarda do documento;

CONSIDERANDO que os dados ali contidos pertencem ao paciente e só podem ser divulgados com sua autorização ou a de seu responsável, ou por dever legal ou justa causa;

CONSIDERANDO que o prontuário e seus respectivos dados pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que quando solicitado por ele ou seu representante legal permita o fornecimento de cópias autênticas das informações pertinentes;

CONSIDERANDO que o sigilo profissional, que visa preservar a privacidade do indivíduo, deve estar sujeito às normas estabelecidas na legislação e no Código de Ética Médica,

independente do meio utilizado para o armazenamento dos dados no prontuário, quer eletrônico quer em papel;

CONSIDERANDO o disposto no *Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde*, elaborado, conforme convênio, pelo Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde;

CONSIDERANDO que a autorização legal para eliminar o papel depende de que os sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes atendam integralmente aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no referido manual;

CONSIDERANDO que toda informação em saúde identificada individualmente necessita de proteção em sua confidencialidade, por ser princípio basilar do exercício da medicina;

CONSIDERANDO os enunciados constantes nos artigos 102 a 109 do Capítulo IX do Código de Ética Médica, o médico tem a obrigação ética de proteger o sigilo profissional;

CONSIDERANDO o preceituado no artigo 5º, inciso X da Constituição da República Federativa do Brasil, nos artigos 153, 154 e 325 do Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940) e no artigo 229, inciso I do Código Civil (Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002);

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 11/7/2007,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, versão 3.0 e/ou outra versão aprovada pelo Conselho Federal de Medicina, anexo e também disponível nos *sites* do Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), respectivamente, www.portalmédico.org.br e www.sbis.org.br.

Art. 2º Autorizar a digitalização dos prontuários dos pacientes, desde que o modo de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça a norma específica de digitalização contida nos parágrafos abaixo e, após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários, as normas da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

§ 1º Os métodos de digitalização devem reproduzir todas as informações dos documentos originais.

§ 2º Os arquivos digitais oriundos da digitalização dos documentos do prontuário dos pacientes deverão ser controlados por sistema especializado (Gerenciamento eletrônico de documentos - GED), que possua, minimamente, as seguintes características:

a) Capacidade de utilizar base de dados adequada para o armazenamento dos arquivos digitalizados;

b) Método de indexação que permita criar um arquivamento organizado, possibilitando a pesquisa de maneira simples e eficiente;

c) Obediência aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde;

Art. 3º Autorizar o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informação identificada em saúde, eliminando a obrigatoriedade do registro em papel, desde que esses sistemas atendam integralmente aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde;

Art. 4º Não autorizar a eliminação do papel quando da utilização somente do “Nível de garantia de segurança 1 (NGS1)”, por falta de amparo legal.

Art. 5º Como o “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, exige o uso de assinatura digital, e conforme os artigos 2º e 3º desta resolução, está autorizada a utilização de certificado digital padrão ICP-Brasil, até a implantação do CRM Digital pelo CFM, quando então será dado um prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias para que os sistemas informatizados incorporem este novo certificado.

Art. 6º No caso de microfilmagem, os prontuários microfilmados poderão ser eliminados de acordo com a legislação específica que regulamenta essa área e após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 7º Estabelecer a guarda permanente, considerando a evolução tecnológica, para os prontuários dos pacientes arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

Art. 8º Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários dos pacientes em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

Art. 9º As atribuições da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos em todas as unidades que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos de prontuários de pacientes, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileira, podem ser exercidas pela Comissão de Revisão de Prontuários.

Art. 10º Estabelecer que o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), mediante convênio específico, expedirão selo de qualidade dos sistemas informatizados que estejam de acordo com o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, aprovado nesta resolução.

Art. 11º Ficam revogadas as Resoluções CFM nºs 1.331/89 e 1.639/02, e demais disposições em contrário.

Art. 12º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 11 de julho de 2007

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Lívia Barros Garção
Secretária-Geral