



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO**  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO  
MESTRADO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO

PABLO SOLEDADE DE ALMEIDA SANTOS

**O PRONTUÁRIO DO PACIENTE À LUZ DOS AVANÇOS DAS  
TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO**

SALVADOR  
2016

PABLO SOLEDADE DE ALMEIDA SANTOS

**O PRONTUÁRIO DO PACIENTE À LUZ DOS AVANÇOS DAS  
TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação, Instituto de Ciência da Informação, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciência da Informação.

***ORIENTADORA:*** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Zeny Duarte

SALVADOR  
2016

S237pr

Santos, Pablo Soledade de Almeida.

O prontuário do paciente à luz dos avanços das tecnologias da informação e comunicação / Pablo Soledade de Almeida Santos. – Salvador, 2016.

144 f. il.

Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciência da Informação, Salvador, 2016.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Zeny Duarte.

1. Arquivo. 2. Prontuário - tecnologia da informação e comunicação. 3. Prontuário-Registro eletrônico.

CDU:025

## FOLHA DE APROVAÇÃO

### O prontuário do paciente à luz dos avanços das tecnologias da informação e comunicação

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da Universidade Federal da Bahia para obtenção do título de Mestre em Ciência da Informação.

#### **BANCA EXAMINADORA**

---

ORIENTADORA: - Prof. Dra. Zeny Duarte de Miranda  
<http://lattes.cnpq.br/3163746449445444>  
**Universidade Federal da Bahia – UFBA**

---

Titular Externo: - Prof. Dr. Eduardo Luiz Andrade Mota  
<http://lattes.cnpq.br/3684477568779674>  
**Universidade de Federal da Bahia – UFBA**

---

Suplente Externo: - Profa. Dra. Suzy Santana Cavalcante  
<http://lattes.cnpq.br/3858844909911100>  
**Universidade Federal da Bahia – UFBA**

---

Titular Interno: - Profa. Dra. Maria Teresa Navarro de Britto Matos  
<http://lattes.cnpq.br/4621922798377797>  
**Universidade Federal da Bahia – UFBA**

---

Suplente Interno: – Profa. Dra. Nídia Maria Lienert Lubisco  
<http://lattes.cnpq.br/5753747789594398>  
**Universidade Federal da Bahia – UFBA**

*Dedico esse trabalho a minha mãe Joseilda,  
Por toda dedicação e doação para este seu filho.  
Obrigado pela vida!*

## **AGRADECIMENTOS**

Pensei que eu não conseguiria concluir... Busquei força divina, na natureza, na luz, na vida, nos amigos e familiares, mas além de tudo que muito me ajudou, faltava algo, e essa força estava dentro de mim. Com coração e alma venci!

Agradeço ao meu pai Noel por estar junto de mim, sempre.

A minha esposa Silvinha pelo companheirismo e sincero incentivo.

Aos meus filhos Gabriel e Sophia pela alegria de cada sorriso puro e de amor.

Agradeço imensamente a Profa. Zeny Duarte, por acreditar em minha capacidade, por agir como amiga e uma verdadeira Orientadora,

Aos membros do Colegiado, Profas. Aida Varela, Maria Isabel, Lidia Toutain, ao colega doutorando José Carlos, aos funcionários do Colegiado Avelino, Marilene Luzia, e a todos pela compreensão, tolerância e paciência;

Ao Instituto de Ciência da Informação da UFBA por toda minha formação acadêmica e pessoal, por tanto aprendizado e experiências advindas desta vivência, como o curso de Arquivologia, o Diretório Acadêmico de Arquivologia, a criação da Empresa Júnior, a Associação dos Arquivistas da Bahia.

Aos meus colegas de turma do mestrado por todo incentivo, Ana Karina, Andreia, Babilon, Bruna, Gabriela, Hozana, Ilídio, Maria de Fátima, Jovenice, Naiara, Leidiane, e aos colegas de doutorado, em especial Márcio, Jonathas, Martha Suzana e Giovanna.

A colega Sonia pelo grande apoio e revisão desta dissertação.

Aos meus irmãos, sobrinhos, afilhado, amigos que me dão força e alegrias.

Obrigado a todos que não citei, mas que participaram desta caminhada e sabem que são tão quão importantes!

“Nada a temer senão o correr da luta,  
nada a fazer senão esquecer o medo  
Abrir o peito a força, numa procura,  
fugir às armadilhas da mata escura.”  
Milton Nascimento

## RESUMO

A pesquisa apresentada nesta dissertação de mestrado teve como objetivo a investigação do uso e importância do prontuário do paciente em instituições de saúde, através da publicação de atos ou informações nos sítios eletrônicos oficiais destas. Esse trabalho foi desenvolvido metodologicamente utilizando uma abordagem qualitativa, tendo por base a pesquisa descritiva na forma documental, utilizando a técnica de observação direta para a coleta de dados. A pesquisa fez uma investigação da publicidade das ações relacionadas aos prontuários e arquivos, nos sítios eletrônicos de doze instituições de saúde previamente escolhidas, respondendo objetivamente a dezoito questões formuladas, conhecendo assim a realidade de cada uma, e do conjunto destas no que tange a relação prontuário e arquivo da instituição de saúde com os respectivos sítios eletrônicos. Essa investigação revelou que nenhuma instituição apresentou em seu sítio eletrônico a totalidade de respostas positivas. A instituição que chegou mais próximo do resultado alcançou doze das dezoito respostas, que representa 66,67%, revelando assim a necessidade dos sítios eletrônicos serem melhorados para a garantia do acesso a informação dos clientes ou pacientes. O trabalho apresentou ainda o panorama atual da legislação sobre prontuário, as correlações com a prática e a identificação de ações quanto a soluções para inserção dessa espécie documental como instrumento relevante de registro de informação para a eficácia de um atendimento de qualidade e com segurança jurídica ao paciente.

**Palavras-chave:** Prontuário. Sítio eletrônico. Arquivo de instituição de saúde. Registro eletrônico de saúde. Arquivo médico.

## **ABSTRACT**

The research presented in this Master's thesis investigated the use and importance of patients' medical records at health institutions, by publishing actions or information on their official websites. This study was developed methodologically using a qualitative approach, having descriptive research in documentary form as a base, and utilizing the technique of direct observation for data collection. The research analyzed the disclosure of actions related to medical records and archives on the websites of 12 previously selected health institutions, objectively responding to 18 formulated questions. The reality of each institution and the group as a whole with regards to the health institutions' medical records and files' relation with their websites was discovered in this way. The analysis revealed that none of the institutions presented totally positive replies on their websites. The institution which came closest to the outcome attained 12 of the 18 responses, representing 66.67%. Therefore, this revealed the need for improvements to the websites, in order to guarantee access to information on clients or patients. This study also presents an overview of legislation on medical records, correlations with practice and identifying actions for solutions to insert a patient's medical records as a relevant instrument to record information for an effective, high quality service and legal certainty for patients.

**Keywords:** Medical record. Website. Health institution file. Electronic health record. Medical file.

## LISTA DE ABREVIATURAS

**ABE** – Associação Brasileira de Estatística  
**ABEP** – Associação Brasileira de Estudos Populacionais  
**ABNT** - Associação Brasileira de Normas Técnicas  
**ABRASCO** - Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
**ANCIB** - Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Ciência da Informação  
**ANPEC** - Associação Nacional dos Centros de Pós-graduação em Economia  
**ANPEGE** – Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Geografia  
**ANPOCS** – Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais  
**ANPUR** – Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional  
**CFM** - Conselho Federal de Medicina  
**CI** - Ciência da Informação  
**CICIS** - Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde  
**CIINFO** - Comitê de Informação e Informática em Saúde  
**CIT** - Comissão Intergestores Tripartite  
**CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
**CNPq** - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
**CNS** – Conselho Nacional de Saúde  
**CONARQ** - Conselho Nacional de Arquivos  
**CONASEMS** - Conselho de Secretários Municipais de Saúde  
**CONASS** - Conselho de Secretários Estaduais de Saúde  
**CPAD** - Comissão Permanente de Avaliação de Documentos  
**CRP** - Comissão de Revisão de Prontuários  
**CPLP** - Comunidade dos Países de Língua Portuguesa  
**CTI** - Comitê Temático Interdisciplinar  
**DATASUS** - Departamento de Informática do SUS  
**E-ARQ** - Modelo de requisitos para sistemas informatizados de gestão arquivística de documentos  
**ENANCIB** - Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação  
**ERP** - Enterprise Resource Planning  
**FIOCRUZ** - Fundação Oswaldo Cruz  
**GEPAS** - Grupo de Estudo, Extensão e Pesquisa em Arquivologia e Saúde  
**GIL** – Gerenciador de Informações Locais  
**GTISP** - Grupo Temático Informação em Saúde e População  
**HEMO** – Unidades Hemoterápicas  
**HIS** - Hospital Information System  
**HOSPUB** – Sistema de Gerenciamento de Hospitais  
**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
**ICI** - Instituto de Ciência da Informação  
**ICP-BRASIL** - Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira  
**INTO** - Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad  
**IRIE** - International Review of Information Ethics  
**ISO** - International Organization for Standardization  
**ITIS** - Informação e Tecnologia da Informação para a Saúde

**JCI** - Joint Commission International  
**LAB** – Laboratórios  
**LAC** - Latin American and Caribbean Regional Bureau of Usaid  
**LAI** - Lei de Acesso à Informação  
**MS/MEC** – Ministério da Saúde e Ministério da Educação  
**NGS2** - Nível de Garantia de Segurança 2  
**OMS** - Organização Mundial de Saúde  
**ONA** - Organização Nacional de Acreditação  
**OPAS** - Organização Pan-Americana da Saúde  
**PEP** - Prontuário Eletrônico do Paciente  
**PID** - Programa de Inclusão Digital  
**PLATIDIS** - Plano Diretor para o Desenvolvimento da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde  
**PNIS** - Política Nacional de Informação e Informática em Saúde  
**POMR** - Problem-Oriented Medical Record  
**PP** – Prontuário do Paciente  
**PROADI-SUS** - Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde  
**REDECOMEP** - Redes Comunitárias de Educação e Pesquisa  
**ReMeSSA** - Rede Metropolitana de Salvador  
**RES** - Registro Eletrônico em Saúde  
**RIPSA** - Rede Interagencial de Informações para a Saúde  
**RMRS** - Regenstrief Medical Record System  
**RNP** - Nacional de Ensino e Pesquisa  
**RUTE** - Rede Universitária de Telemedicina  
**SAME** - Serviço de Arquivo Médico e Estatística  
**SBEP** – Sociedade Brasileira de Estudos Populacionais  
**SBC** – Sociedade Brasileira de Cartografia  
**SBIS** - Sociedade Brasileira de Informática em Saúde  
**SBPC** – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência  
**SI** - Sociedade da Informação  
**SI/PNI/API** – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações  
Avaliação do Programa de Imunizações  
**SIA/SUS** – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS  
**SIAB** – Sistema de Informações da Atenção Básica  
**SIGAD** - Sistemas Informatizados de Gestão Arquivística de Documentos  
**SIH-SUS** - Sistema de Informações Hospitalares do SUS  
**SIM** - Sistema de Informação de Mortalidade  
**SINAN** - Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
**SINASC** - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos  
**SINFORGEDS** - Seminário Internacional de Informação para a Saúde  
**SIS** - Sistemas de Informações em Saúde  
**SISREG** – Sistema de Regulação  
**SNIS** - Sistema Nacional de Informação em Saúde  
**SNS** - Sistema Nacional de Saúde  
**SPP** - Serviço de Prontuário do Paciente  
**STOR** - Summary Time Oriented Record  
**SUS** - Sistema Único de Saúde  
**TI** - Tecnologia da Informação  
**TIC's** - Tecnologias de Informação e Comunicação

**TMR** - The Medical Record

**TTD** - Tabela de Temporalidade Documental

**UFBA** - Universidade Federal da Bahia

**UPA** - Unidades de Pronto Atendimento

**UTI** - Unidades de Tratamento Intensivo

**WFPHA** - Federação Mundial de Associações de Saúde Pública

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Ciências da Saúde – Áreas do Conhecimento do CNPq.....	33
Quadro 2 - Sistemas que integram ferramentas na gestão da saúde: .....	35
Quadro 3 - Contexto da Informação e Tecnologia da Informação para a Saúde - ITIS considerado no 2o PlaDITIS (2013-2017).....	39
Quadro 4 – Definição das prescrições da Lei. 6.229/75 para os municípios....	46
Quadro 5 – Vantagens e desvantagens do uso do PEP .....	82
Quadro 6 – Protocolo de pesquisa.....	90

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Respostas aos questionamentos .....	96
<b>Gráfico 2</b> – Respostas a Pergunta 1 - Área reservada (link, canal, caixa) para o SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística, ou outro setor com nomenclatura ou atividades similares? .....	99
<b>Gráfico 3</b> – Respostas a Pergunta 2 - Informações sobre serviços procedimentos relacionados ao prontuário do paciente (como pedido de cópias ou orientações)?....	101
<b>Gráfico 4</b> – Resposta a pergunta 3 - Área para acesso ao PEP - Prontuário .....	102
<b>Gráfico 5</b> – Resposta a pergunta 5 - Área para acesso de pacientes a resultados de exames, marcações, entre outros? .....	103
<b>Gráfico 6</b> – Resposta a pergunta 6 - Informações sobre implantação de prontuário eletrônico? .....	104
<b>Gráfico 7</b> – Reposta a pergunta 7 – Divulgação de cursos e/ou eventos relacionados ao prontuário do paciente ou ao serviço de arquivo?.....	105
<b>Gráfico 8</b> – Resposta a pergunta 9 - Informações claras sobre as orientações do CFM quanto ao prontuário do paciente? .....	106
<b>Gráfico 9</b> – Resposta a pergunta 10 – Informações sobre a existência de Comissão de Revisão de Prontuário? .....	107
<b>Gráfico 10</b> – Resposta a pergunta 12 - Algum documento norteador para as ações da instituição de saúde (Planejamento, Programa, Plano de ação)? Fonte: próprio autor .....	108
<b>Gráfico 11</b> – Resposta a pergunta 14 - Algum projeto ou programa desenvolvido pela instituição de saúde? .....	109
<b>Gráfico 12</b> - Resposta a pergunta 15 - Em caso afirmativo da questão 14, esse documento trata em algum aspecto sobre o prontuário do paciente?.....	109
<b>Gráfico 13</b> – Resposta a pergunta 16 - O sítio possui campo de pesquisa?.....	110
<b>Gráfico 14</b> – Resposta a pergunta 17 - Em caso afirmativo da questão 16, ao pesquisar a palavra prontuário, aparecem referências diretas ao tema? .....	111
<b>Gráfico 15</b> – Resposta a pergunta 18 - Em caso afirmativo da questão 16, ao pesquisar a palavra arquivo, aparecem referências diretas ao tema? .....	111

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1 - Diagrama da construção trans e interdisciplinar da CI.....	29
Figura 2 - O nascimento da clínica.....	57
Tabela 1 – Respostas aos questionamentos da pesquisa .....	95
Tabela 2 - Informações sobre serviços procedimentos relacionados ao prontuário do paciente (como pedido de cópias ou orientações) – Instituições Públicas e Privadas.....	101
Tabela 3 – Resposta à pergunta 4 - Área para acesso ao PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente para pacientes ou terceiros? .....	103

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>18</b>
<b>2 A INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE</b> .....	<b>24</b>
2.1 ASPECTOS EPISTEMOLÓGICOS E CONTRIBUTOS DA CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE .....	24
2.2 PRÁTICAS COLABORATIVAS DA INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE: SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, REDES, SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA E EVENTOS MULTI, INTER E TRANSDISCIPLINARES (MIT) .....	32
2.2.1 <i>Os sistemas de informação de saúde</i> .....	34
2.2.2 <i>As redes de informação de saúde</i> .....	37
2.2.3 <i>Organizações não-governamentais</i> .....	39
2.2.4 <i>Os eventos de saúde</i> .....	44
2.3 POLÍTICAS GOVERNAMENTAIS .....	46
<b>3 O PRONTUÁRIO DO PACIENTE E O SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE</b> .....	<b>55</b>
3.1 HISTÓRICO .....	55
3.2 CONCEITOS E FUNÇÕES .....	60
3.3 INSTRUMENTO DE APOIO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE .....	69
3.4 SEGURANÇA, ACESSO E SIGILO DA INFORMAÇÃO .....	72
3.5 MODERNIZAÇÃO DO REGISTRO EM SAÚDE E GUARDA DIGITAL ....	79
3.6 LEGISLAÇÃO APLICADA AOS PRONTUÁRIOS E AOS ARQUIVOS.....	85
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>90</b>
4.1 UNIVERSO DA PESQUISA.....	91
4.2 PROCEDIMENTOS ADOTADOS.....	93
<b>5 RESULTADOS E REFLEXÕES DA PESQUISA</b> .....	<b>95</b>
5.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS INDIVIDUAIS DAS INSTITUIÇÕES .....	95
5.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS POR QUESTIONAMENTOS .....	98
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>112</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>116</b>
<b>APÊNDICE</b> .....	<b>125</b>
<b>APÊNDICE A – QUESTÕES DA PESQUISA PARA BUSCA DAS RESPOSTAS NOS SÍTIOS ELETRÔNICOS</b> .....	<b>126</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>128</b>
<b>ANEXO A – RESOLUÇÃO CFM Nº 1.821/07</b> .....	<b>129</b>
<b>ANEXO B – RESOLUÇÃO CFM Nº 1.638/2002</b> .....	<b>137</b>
<b>ANEXO C – RESOLUÇÃO Nº 22, DE 30 DE JUNHO DE 2005</b> .....	<b>140</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A discussão sobre prontuário do paciente faz parte de um conjunto amplo de concepções e ações relacionadas à gestão da informação em saúde. Segundo Cunha (2005), a Gestão da Informação tende a contribuir com o processo de gestão hospitalar, e que produtos e serviços de informação, como Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e os Sistemas de Informações em Saúde (SIS), promovem na rede de saúde a disseminação da informação.

Pimentel (2003) destaca que o uso da informação vai ainda além da disseminação de conteúdos gerais. É necessário que o público tenha acesso às informações oriundas dos sistemas de saúde, e essencialmente que essas informações sejam transmitidas de maneira clara e confiável. Para Mota (2005), os esforços visando conhecer as opções de sistemas de saúde em seus distintos níveis assistenciais ainda são pequenos e não alcançam toda a população. Isso ocorre também em relação ao conhecimento sobre as possibilidades e oportunidades para utilização sustentável desses sistemas. Gonzalez de Gomez conceitua a análise de domínio como,

conjunto de princípios meta-epistemológicos e estratégias procedimentais a partir da premissa do caráter social das atividades e práticas de informação, os quais, em conjunto, permitiriam a produção de um conhecimento informacional consistente e confiável, outorgando à Ciência da Informação o estatuto teórico-metodológico de uma ciência social. (GONZALEZ DE GOMEZ, 2013)

A autora apresenta este elemento como significativo para a área de saúde, destacando a tripla dimensão da constituição de um plano social do domínio das informações em saúde: local, nacional e global ou internacional. Acerca do prontuário do paciente, Bentes Pinto (2006), destaca este como documento de,

[...] informação e comunicação no âmbito dessas organizações e se constitui em uma rica fonte de conhecimento para a área da saúde, principalmente e igualmente para estudos, pesquisas, para a gestão e para a definição de políticas de saúde (PINTO, 2006, p. 35)

No âmbito da discussão no Brasil sobre prontuário do paciente apresentam-se instituições ligadas à área de saúde e de arquivos, com

especial atenção ao Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Nacional de Arquivos (Conarq), com opiniões certas vezes divergentes e outras que convergem, sendo necessária a frequente discussão entre as áreas para que se encontre um caminho de segurança da informação e contínua modernização de técnicas e tecnologias relativas aos prontuários do paciente.

Tanto o CFM quanto o CONARQ já publicaram resoluções e portarias acerca do prontuário médico, sendo que estas passaram por atualizações e transformações provenientes do contexto histórico e das demandas técnicas e legais.

Sobre aspectos terminológicos, ressalta-se que o termo prontuário médico continua sendo utilizado pelo CFM, mas neste trabalho adotar-se-á a nomenclatura prontuário do paciente (PP), expressão utilizada a partir da década de 80, que denota de uma visão mais ampla do documento. O uso do termo prontuário médico se dará nesta pesquisa quando das citações e informações relativas ao CFM, ou outro autor que desta forma tratar.

As resoluções do CFM que atualmente vigoram sobre esta temática são: Resolução CFM 1.638/02, que define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) nas instituições de saúde e a Resolução CFM 1.821/07 que aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos PP, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Já a resolução do Conarq em vigor, a nº 22 de 30 de junho de 2005, dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde.

Para se chegar ao momento atual, foram necessários anos de discussões e estudos das duas áreas, mas há quem diga no âmbito dos profissionais de Ciência da Informação (CI) que alguns pontos nas resoluções do CFM estabelecem insegurança, do ponto de vista informacional e da preservação documental, e há quem diga na área de Medicina que as críticas da área de arquivos advém de uma necessidade de assegurar a existência do papel.

Pinto (2013) destaca que o cenário atual é confuso, onde importantes atores revelam uma disputa, ficando no campo da saúde o CFM, resguardando

o interesse dos médicos, e de um outro lado o Conarq preocupando-se com a preservação documental.

Analisando este cenário, verifica-se que esta dicotomia é desnecessária, visto que é clara na concepção das duas partes o interesse único de buscar mecanismos de melhoria a assistência e preservação no cuidado do registro e acesso da informação. Nota-se que a contínua realização de reuniões e eventos entre as áreas tendem a possibilitar um caminho de sucesso. Essa troca de experiência já ocorreu com maior intensidade em momentos anteriores, e nada que não possa ser resgatado a partir do interesse mútuo dos profissionais de informação, incluindo cientistas da informação, arquivistas, bibliotecários, analistas de sistemas e de saúde, médicos, enfermeiros, gestores de saúde, entre diversos outros.

Desse modo, podemos dizer que não há uma única solução para o problema do crescimento dos prontuários dos pacientes, e que essa não pode passar por um único viés, logo, há um problema, mas até o momento não há nenhuma solução definitiva, há apenas paliativos. E pode-se afirmar que enquanto a busca for por uma única solução, esta não será encontrada. O problema está em diferentes níveis, e portanto, as respostas devem ser buscadas observando estes níveis – o das grandes instituições públicas e privadas, o das instituições de pequeno e médio portes públicas e privadas e os consultórios particulares. E, até este momento, não há “terra à vista”. (PINTO, 2013, p. 428)

O projeto ora apresentado justifica-se na área de CI, no Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação do Instituto de Ciência da Informação (ICI) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) porque trata de uma temática que envolve entre outros aspectos, uso, preservação da informação e políticas de acesso. Vale destacar que é relevante a incidência de temas que possam convergir em áreas diversas, corroborando assim com Nicolescu (2001, p. 14), quando explicita a transdisciplinaridade como um estudo de um objeto de uma mesma e única disciplina por várias outras ao mesmo tempo. Neste contexto, possibilita-se a convergência entre as áreas de CI, Arquivologia e Saúde, buscando o contributo, principalmente neste trabalho, para o objeto prontuário do paciente.

O fato gerador dessa investigação reside no interesse da verificação da importância que as instituições de saúde demonstram em relação ao PP, seja quanto ao uso, acesso e preservação. Essa verificação se dá através do

estudo de sítios eletrônicos oficiais de instituições de saúde, tendo como foco, a análise de links de serviços, informações, setor, programas, entre outros.

É reconhecida a relevância do PP, em publicações ou entrevistas de profissionais das áreas de saúde e CI ficando claro o significado desse instrumento. Moraes e Salies (2009) comentam que as informações contidas no PP são um grande banco de dados à espera de processamento, pronto para gerar pesquisas científicas sobre as doenças e seus tratamentos. Esta visão das autoras demonstra de forma ampla a relevância do trabalho de tratamento da informação para melhoria da assistência da saúde coletiva. Ou seja, quando único, o PP tem uma missão probatória e assistencial importante quanto ao tratamento do indivíduo e enquanto conjunto tem uma função social.

E, neste contexto surgem as indagações desta pesquisa:

- a) As instituições de saúde utilizam seus sítios eletrônicos oficiais como um meio de comunicação atual com a comunidade, para fins de apresentação de alguma ação relacionada ao prontuário do paciente e seu serviço de arquivo?
- b) O prontuário do paciente faz parte do eixo central de preocupação da instituição de saúde, dos planejamentos e planos de ação dessas instituições reveladas através de sítios oficiais?

Desta forma, o objetivo geral da pesquisa é investigar o uso e importância do prontuário do paciente em instituições de saúde, através da publicação de atos ou informações nos sítios eletrônicos oficiais destas.

Têm-se como objetivos específicos analisar e apresentar ferramentas eletrônicas que estão sendo utilizadas por instituições de saúde no que concerne ao prontuário do paciente; investigar a legislação atualizada sobre prontuário correlacionando-a com as práticas das instituições de saúde; e identificar as ações atuais das instituições que visem contribuir com soluções para a garantia do prontuário do paciente como instrumento de registro de informação para a eficácia de um atendimento de qualidade e com segurança jurídica ao paciente.

Estes objetivos buscam ser alcançados nesta pesquisa, a partir da observação sistemática, utilizando-se como técnica de coleta de dados o formulário, ficando esta evidenciada como uma pesquisa descritiva na forma documental visto seu caráter de investigação de fato e fenômeno social, a partir

da avaliação de doze sítios eletrônicos de instituições de saúde da área pública e privada, baseando-se na abordagem qualitativa. Na sessão acerca da metodologia são descritos de forma mais detalhada os aspectos metodológicos desse projeto.

Quanto à estrutura do trabalho, o projeto está dividido em seis capítulos inter-relacionadas. O primeiro capítulo traz esta introdução, apresentando os anseios do projeto, a justificativa, objetivos geral e específicos, e aspectos metodológicos preliminares.

O segundo capítulo apresenta um panorama sobre a CI, Informática e Saúde, revelando os contributos de uma interdisciplinaridade, colocada a favor do desenvolvimento de ferramentas essenciais para a sociedade atual e para o futuro. É destacada a cooperação como importante mecanismo de desenvolvimento de melhores práticas.

O terceiro capítulo apresenta o histórico do prontuário do paciente e dos serviços de arquivo do paciente desde a Antiguidade, até o estágio atual das instituições de saúde do Brasil, seus conceitos e funções, bem como os aspectos do prontuário relacionados a apoio e assistência à saúde. Discute-se ainda a questão do acesso, segurança e sigilo da informação, a modernização do registro e guarda desse documento a partir dos avanços da tecnologia e os aspectos legais, através de leis, resoluções e portarias relativas ao prontuário do paciente na ótica de instituições de saúde e de arquivo.

O quarto capítulo apresenta os aspectos metodológicos da pesquisa, evidenciando o universo e procedimentos adotados.

O quinto capítulo demonstra os resultados da pesquisa realizada nos sítios eletrônicos, e traz uma análise destes com base no referencial teórico da bibliografia consultada.

Em seguida, as considerações finais trazem reflexões e o panorama da situação da temática no que tange as perspectivas para o futuro.

Este trabalho apresenta uma abordagem acerca dos prontuários do paciente (PP) à luz dos avanços das tecnologias de informação e comunicação. Em um mundo repleto de inovações e transformações informacionais, há que se discutir a importância que as instituições de saúde expressam acerca do uso do prontuário do paciente, seja para corroborar com a assistência a saúde do cidadão, seja para a garantia de questões probatórias

e legais, ou ainda para fins de pesquisa proporcionando estudos que contribuam com a evolução de tratamentos médicos para toda a sociedade.

## 2 A INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE

### 2.1 ASPECTOS EPISTEMOLÓGICOS E CONTRIBUTOS DA CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE.

A Era que vivemos, denominada por muitos autores de Era da Informação, apresenta-se na atualidade como cotidiano das instituições e das relações humanas em geral. Castells (1999), através de sua obra *A Sociedade em Rede*, destaca que a promessa da Era da Informação representa o desencadeamento de uma capacidade produtiva jamais vista, mediante o poder da mente. O autor faz ainda uma paráfrase com uma conhecida expressão de René Descartes: Penso, logo produzo. Segundo Castells, “um novo mundo” tomou forma a partir do fim da década de 60 e meados da década de 70, numa coincidência de ‘processos históricos (revolução da tecnologia de informação, crise do capitalismo e estatístico e apogeu de movimentos sociais, como feminismo, direitos humanos, ambientalismo)’. Ainda segundo o autor:

A interação desses processos e reações desencadeadas fizeram surgir uma nova estrutura dominante, a sociedade em rede; uma nova economia, a economia informacional/global; e uma nova cultura, a cultura da virtualidade real. A lógica inserida nessa economia, nessa sociedade e nessa cultura está subjacente à ação e às instituições sociais em um mundo interdependente.(CASTELLS, 1999, p. 38)

Whertein (2000), relata que a expressão “sociedade da informação” passou a ser utilizada, como substituto para o conceito complexo de “sociedade pós-industrial” e como forma de transmitir o conteúdo específico do “novo paradigma técnico-econômico”. O autor aponta que dificilmente alguém discordaria de que a sociedade da informação é o principal traço característico do debate público sobre desenvolvimento, seja em nível local ou global, neste alvorecer do século XXI.

Segundo Capurro (2013), a Sociedade da Informação, traz no bojo a sobrecarga da informação, indicada em 1970 por Toffler, que indica essa sobrecarga em função dos avanços tecnológicos, se analisarmos processos

perceptivos e cognitivos. O autor também revela que a sobrecarga informativa, a interatividade, a autodefinição e base material são as principais características atuais da sociedade da informação, mas que ao mesmo tempo são paradoxais. As duas características mais marcantes da Sociedade da Informação (SI) são sintetizadas a seguir: a) sobrecarga informativa: É preciso haver um vasto número de publicações, artigos, enfim, produção para que sejam extraídas informações e amplie a possibilidade de seleções, então falar de sobrecarga é dicotômico. b) interatividade: através de grandes ferramentas como a internet, Wikipédia possibilita também uma série de seleções e ações, mas ao mesmo tempo permite um perigo social, como a criação de vírus e *spams*.

Davenport(1998) traz a Ecologia da Informação, fazendo importantes reflexões acerca do uso da informação. Davenport define Ecologia da Informação como uma administração holística da informação ou administração informacional centrada no ser humano. O autor revela que a ênfase primária não está na geração e na distribuição de enormes quantidades de informação, mas no uso eficiente de uma quantia relativamente pequena. Esse planejamento ecológico permitiria, desta forma, evolução e interpretação: eliminaria a rigidez de alguns controles centrais que nunca funcionaram, e responsabilizaria pelas informações específicas as pessoas que precisam delas e as utilizam.

Deve-se salientar que a utilização de tecnologias de informação requer a consideração de diversos fatores, dentre eles os recursos humanos, ou seja, as pessoas que utilizam essas ferramentas. A idéia central é de colocar o homem ao centro da informação e a tecnologia na periferia.

Davenport(1998) afirma ainda que, apesar dos avanços tecnológicos trazerem grandes benefícios, eles têm privilegiado mais os aspectos do domínio tecnológico deixando de lado o objetivo principal da informação que é informar, transferir conhecimentos, construir a história. É necessário que as pessoas saibam compartilhar as informações, para que juntas, possam transformá-la em conhecimento.

Desta forma, é possível perceber que a informação é de fato um bem estratégico para indivíduos, instituições e nações. Adquirem vantagem e supremacia, sobressaem-se num cenário mundial de escassez e

competitividade, mas revela-se, sobretudo produção coletiva e compartilhamento para que crises e dificuldades possam ser superadas com apoio mútuo.

Considero a ecologia, a ciência de compreender e administrar todos os ambientes, apenas uma metáfora. Ainda assim, metáforas podem ser muito poderosas; é comum induzirem comportamentos e ajudarem a formar uma nova visão organizacional. Em vez de modelar um ambiente informacional em máquinas e edifícios, proponho uma abordagem mais harmoniosa com as coisas vivas. Quando começamos a pensar nas muitas relações entrecruzadas de pessoas, processos, estruturas de apoio e outros elementos do ambiente informacional de uma empresa, obtemos um padrão melhor para administrar a complexidade e a variedade do uso atual da informação. (DAVENPORT, 1998, P.21)

Fountain (2005) destaca que a digitalização da informação e da comunicação permite que as instituições do Estado possam repensar a questão do local onde os dados são armazenados, a questão das tomadas de decisão relativamente a instituições, serviços e processos que permitam criar sinergias e incluir organizações não governamentais, organizações sem fins lucrativos e empresas privadas.

A autora expressa o conceito de Estados Virtuais como aqueles que fazem um uso extensivo das tecnologias de informação, de forma a poder realçar o que poderão ser mudanças fundamentais na natureza das estruturas do Estado, na Era da Informação, à medida que vão sendo organizados, com informação digital e sistemas de comunicação.

Para Castells (1999) a mudança mais fundamental das relações de experiência na Era da Informação é a passagem para um padrão de interação social construído pela experiência real da relação. O autor apresenta três divisões sociais básicas para Era da Informação:

Primeiro, a fragmentação interna da força de trabalho entre produtores informacionais e mão-de-obra genérica substituível. Segundo, a exclusão social de um segmento significativo da sociedade formado por indivíduos descartados cujo valor como trabalhadores/consumidores já está desgastado e cuja importância como pessoa é ignorada. E, terceiro, a separação entre a lógica de mercado das redes globais de fluxos de capital e a experiência humana de vida dos trabalhadores. (CASTELLS, 1999, p.42)

É relevante destacar esses aspectos porque marcam as relações atuais em que vivemos, e mesmo aqueles que buscam combater ou discordam de tais práticas, estão na verdade, inseridos nesse contexto, lutando pela sobrevivência a partir da ampliação do seu conhecimento, ou seja, dentro da Sociedade denominada da Informação. Karl Marx (1980), um dos principais pensadores até os dias atuais, aponta em uma de suas célebres frases que “A história de toda sociedade até hoje tem sido a história das lutas de classes”, sabe-se portanto, que as conquistas da sociedade têm seu próprio tempo, e decorrem, à sua época, da correlação de forças e de interesses presentes na disputa por sua implementação.

A Sociedade da Informação tem consequências em termos de autodefinição e autocompreensão tanto por parte do médico como também do paciente. Dissemos anteriormente que os pacientes são igualmente agentes, ou seja, que podem e deveriam ser vistos como tal em diferentes graus e de acordo com diferentes situações. Também é claro que há por assim dizer, mais ou menos pacientes passivos ou ‘televisivos’, dependendo, também, de seus interesses, situações e escolhas, assim como há médicos que preferem manter sua ciência para si mesmos, a compartilhar seu conhecimento com um processo de cura interativamente com o paciente, se não é com base em uma simples visita diária ou um pedido de uma assinatura de consentimento informado por qualquer eventualidade, sendo tal consentimento um instrumento que sustenta o poder do médico ou que muitas vezes serve como proteção para evitar entrar em discussões com o paciente que leva tempo e paciência. (CAPURRO, 2013, p. 74)

São verdadeiramente inegáveis os benefícios trazidos pela evolução das tecnologias da informação e comunicação, mas há que se pensar nos problemas e exclusões criados, para que a sociedade como um todo possa ter benefícios. Fica clara também a preocupação quanto ao amplo acesso trazido por esta evolução. “O acesso potencial de grupos fundamentalistas a armas de destruição em massa obscurece profundamente as perspectivas otimistas da Era da Informação.” (CASTELLS, 1999, p.53). Do ponto de vista conceitual podemos entender informação como:

Conjunto estruturado de representações mentais e emocionais codificadas (signos e símbolos) e modeladas com/pela interação social, passíveis de serem registradas num qualquer suporte material e, portanto, comunicadas de forma assíncrona e multi-direcionada. (SILVA, 2006, p.150)

Revisitando Borko e Le Coadic, Ribeiro (2009) destaca a necessidade de clarificar as propriedades da Informação já mencionadas por esses autores, apresentando então desta forma:

- **estruturação pela ação (humana e social)** – o ato individual e/ou coletivo funda e modela estruturalmente a informação;
- **integração dinâmica** – o ato informacional está implicado ou resulta sempre tanto das condições e circunstâncias internas, como das externas do sujeito da ação;
- **pregnância** – enunciação (máxima ou mínima) do sentido ativo, ou seja, da ação fundadora e modeladora da informação;
- **quantificação** – a codificação linguística, numérica ou gráfica é valorável ou mensurável quantitativamente;
- **reprodutividade** – a informação é reprodutível sem limites, possibilitando a subsequente retenção/memorização; e
- **transmissibilidade** – a (re)produção informacional é potencialmente transmissível ou comunicável.

Estas concepções de Informação são reveladas pela sua área de estudo, a CI. A partir de uma breve síntese elaborada por Neves (2009), podemos perceber os estágios evolutivos da CI:

Nos anos 60, a CI se preocupava com as propriedades e comportamento da informação, como também com seu fluxo e meios de processá-la para facilitar seu acesso e uso. Já na década de 70, “com o deslocamento do paradigma da recuperação da informação em direção ao usuário e suas interações,” a CI buscou estabelecer um enfoque científico mais homogêneo, que possibilita o estudo dos processos de comunicação nos sistemas de informação. A partir dos anos 80, a administração foi incluída como parte fundamental, e, nos anos 90, volta-se para a prática do profissional da informação, de modo particular com estudos focalizando o uso/; necessidades da informação e tecnologias da informação. (NEVES, 2009, p. 77)

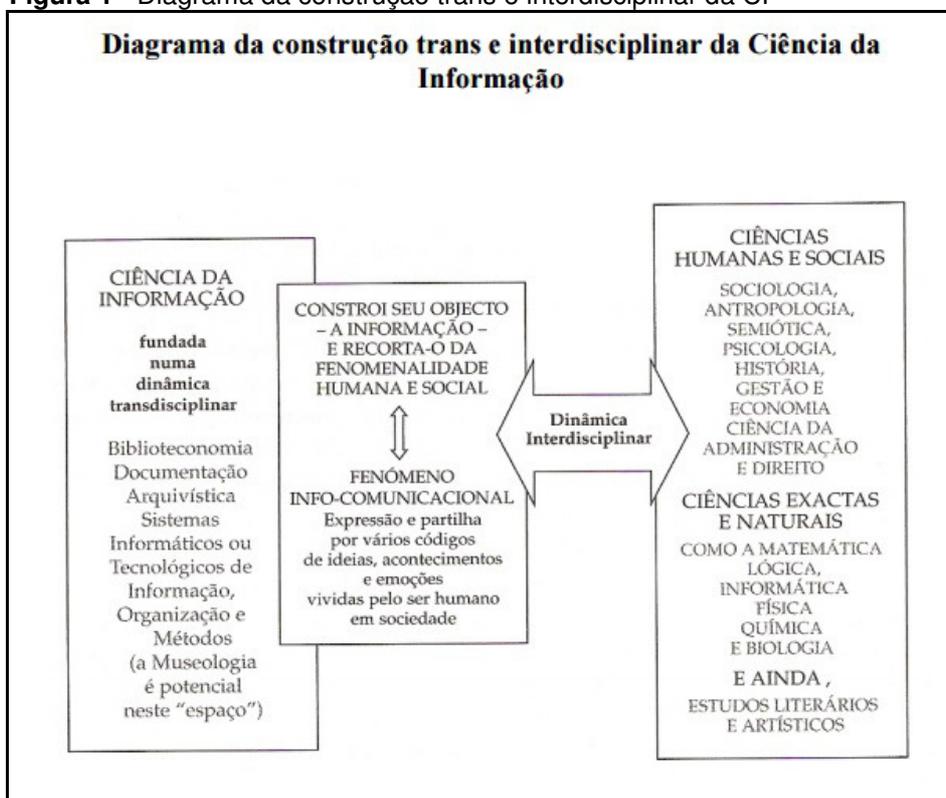
Saracevic numa visão contemporânea estudou a evolução do problema que orienta a CI e o redefiniu como:

[...] um campo dedicado a questões científicas e à prática profissional voltada para os problemas da efetiva comunicação do conhecimento e de registros de conhecimento entre seres humanos, no contexto social, institucional ou individual do uso e das necessidades de informação. No tratamento destas questões são consideradas de particular interesse as vantagens das modernas tecnologias informacionais. (SARACEVIC, 1996, p. 45)

Sobre a interdisciplinaridade, Saracevic (1996) destaca que a natureza interdisciplinar, a tecnologia da informação e a participação ativa e deliberada da evolução da sociedade da informação são as razões de existência e evolução da CI. O autor alerta também para as mudanças nas relações com outras disciplinas, evidenciando assim a necessidade de explorar com maior intensidade questões acerca da interdisciplinaridade, além de mencionar a constante evolução desta.

A seguir, apresenta-se um diagrama, concebido por Silva (2006, p.28), acerca da construção da trans e interdisciplinaridade da CI.

**Figura 1** - Diagrama da construção trans e interdisciplinar da CI



Fonte: Silva (2006, p.28)

Ribeiro (2009), argumenta que, com relação a componente metodológica da CI, concebida por Paul de Bruyne em 1977 e outros autores, o método de investigação quadripolar, que resulta de uma interação entre uma dinâmica investigativa de aspectos epistemológicos, teóricos, técnicos e morfológicos, surge como dispositivo mais adequado às exigências do conhecimento da fenomenalidade informacional. A autora justifica a importância da abordagem realizada para a compreensão e explicação do fenômeno informacional em qualquer área, e destaca ainda o campo da Medicina:

É óbvio que no campo da Medicina toda a lógica de produção, uso e preservação da informação, seja no contexto de serviços, seja no contexto de sistemas individuais/organizacionais, carece de ser percebida e explicada à luz da fundamentação da CI. (RIBEIRO, 2009, P. 112)

À guisa dos aspectos elencados sobre Informação, e a Ciência da Informação, pode-se iniciar a discussão sobre a relevância destas para a área de Saúde.

A princípio o que pode-se dizer é que a área de Saúde está certamente entre uma das mais afetadas e beneficiadas com os avanços das Tecnologias de Informação e Comunicação - TIC's e conseqüentemente com a explosão informacional ocorrida neste século. Costa (2009) destaca que o desenvolvimento da Ciência da Informação tem apoiado o progresso das práticas à saúde humana.

Na área da medicina e da saúde, a aquisição de novos conhecimentos, a troca de ideias e impressões, a discussão de propostas e conclusões, são ainda mais relevantes, por ainda mais intimamente se encontrarem ligadas à qualidade de vida das pessoas e das populações, à sua existência saudável, realizada e produtiva. Neste sentido, a medicina e a saúde têm conhecido progressos espantosos e fulgurantes, revolucionando assim as perspectivas de combates às doenças, consolidando o prolongamento de uma vida saudável, da infância à velhice, e garantindo uma maior dignidade da vida humana, individualmente e no seu conjunto. (COSTA, 2009, p.19)

Costa (2009) revela ainda a importância da cooperação internacional em projetos de saúde. O autor também argumenta que:

A cooperação internacional consegue, assim, ir-se desenvolvendo em círculos cada vez mais alargados, atingindo dimensão global e podendo ser enquadrada em entidades como a Organização Mundial de Saúde. E poderá beneficiar-se de laços anteriormente criados e fortalecidos por relações históricas e linguísticas como é o caso da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). (COSTA, 2009, p.129)

Conforme Teixeira (1998) as TIC's tornaram a medicina globalizada uma realidade, visto que possibilitam, por exemplo, através da telemedicina, visitas e estágios nos melhores centros do mundo sem precisar sair de casa.

Moraes e Gomez (2007) apontam preocupações quanto o papel secundário das discussões epistemológicas e metodológicas relacionadas a informática e informação em saúde, por interesses particulares e mercadológicos relativos ao uso de sistemas de informação. As autoras

revelam que a informação em saúde é politicamente reduzida a um campo do império da tecnicidade, sendo apresentada como despolitizada ou neutra.

Fazem ainda uma ampla reflexão e buscam chamar a atenção dos membros da comunidade para uma ação efetiva visando a mudança desse cenário, em que o interesse privado sobrepõe-se a evolução das instituições públicas quanto protagonistas de uma política ampla e adequada de informática e informação em saúde.

Para a reconstrução do espaço teórico e social da informação no setor da saúde é preciso acontecer a decapagem das diferentes camadas com que as mesmas foram sendo construídas e por vezes silenciadas e opacificadas, como quando se restauram as paredes de um prédio histórico, onde se acumularam várias camadas de tinta, em busca do afresco originário, do diagrama organizador de múltiplas justaposições de significações, códigos e meios que produzem efeitos de informação e desinformação. Precisa-se, assim, compromissar os discursos técnico-eficientistas com a releitura dialética dos confrontos, dos movimentos estratégicos dos discursos legitimadores, das ausências excludentes das alteridades. (MORAES E GOMEZ, 2007, P. 559)

Capurro (2013) revela características da Medicina 2.0, apontando um número recente da revista *International Review of Information Ethics (IRIE)*, publicação dedicada a ética médica e as TIC's, onde Georg Marckmann e Kenneth Goodman, pesquisadores americanos fazem questionamentos sobre o futuro da medicina em geral e da relação médico-paciente, no horizonte de uma cultura digital.

- Quais são os usos apropriados dos sistemas de informação de saúde?
- Quem deveria usar ditos sistemas?
- Que benefícios e que riscos têm essas tecnologias para os pacientes?
- Como a tecnologia da informação muda a relação entre médico e paciente?
- Como muda (e mudará) a tomada de decisão médica?
- Talvez mais fundamentalmente: Como a tecnologia da informação transforma (e transformará) a construção médica do corpo humano e da doença? (MARCKMANN; GOODMAN, 2006, Apud Capurro 2013)

Capurro (2013) destaca ainda que a prática médica vem mudando de forma radical no âmbito da SI, e essas transformações impactam na questão da ética, revelando-se a necessidade de revisão de métodos e conceitos. O

autor também destaca a Patologia da Sociedade da Informação, trazendo uma reflexão sobre o poder de auto-definição e transformação do ser humano por meio das tecnologias. O autor destaca uma patologia da SI a partir da fenomenologia do existir humano inspirada na obra do psiquiatra suíço Medard Boss.

Os estudos de Capurro acerca desta temática são aprofundados e trazem questões tão relevantes que possivelmente serão objeto de estudos de dissertações em vários países.

No tocante ao Brasil, especificamente na área de Ciência da Informação, a Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Ciência da Informação (Ancib), através do GT 11 - Informação & Saúde, criado em 2010 vem realizado um importante trabalho de estímulo à produção científica acerca da temática. O grupo possui como ementa os estudos das teorias, métodos, estruturas e processos informacionais, em diferentes contextos da saúde, considerada em sua abrangência e complexidade. Impacto da informação, tecnologias, e inovação em saúde. Informação nas organizações de saúde. Informação, saúde e sociedade. Políticas de informação em saúde. Formação e capacitação em informação em saúde. A partir deste e também por influência do mesmo vem surgindo uma série de iniciativas na área que serão vistas ao longo deste trabalho.

## 2.2 PRÁTICAS COLABORATIVAS DA INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE: SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, REDES, SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA E EVENTOS MULTI, INTER E TRANSDISCIPLINARES (MIT)

Atualmente, em qualquer área do conhecimento podemos encontrar portas abertas que permitam a conexão com outras áreas. É necessária a adoção de mecanismos de colaboração para o constante desenvolvimento da ciência.

Sabemos que a CI tem a característica de permear as outras áreas do conhecimento, visto o seu objeto, a informação, ser por demais útil seja na concepção, seja na práxis destas, o que se infere é a necessidade de um estudo epistemológico aprofundado para se delinear de forma científica o grau de contributo e as formas de colaboração.

Gomez (2013) aponta inclusive que não é fácil demarcar subáreas do conhecimento. O grau atual de correlação entre estas subáreas é tão intenso que as subdivisões determinadas pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por exemplo, se mostram frágeis, segundo a autora:

A pluralidade de especialidades e disciplinas, a heterogeneidade das práticas científicas (Knorr Cettina, Callon, entroutros) e os cada vez mais frequentes cruzamentos de fronteiras entre conhecimentos de diferentes origem e matrizes epistêmicas desestimulam as abordagens epistemológicas normativas que visam estabelecer uma figura universal e unificada da ciência. (GOMEZ, 2013, p.62)

O quadro abaixo apresenta a Classificação da Área do Conhecimento Saúde, no CNPq,

Quadro 1 – Ciências da Saúde – Áreas do Conhecimento do CNPq

<p>Ciências da Saúde – CNPq Grande área e áreas do conhecimento</p> <p>4.00.00.00-1 – Ciências da Saúde 4.01.00.00-6 – Medicina 4.02.00.00-0 – Odontologia 4.03.00.00-5 – Farmácia 4.04.00.00-0 – Enfermagem 4.05.00.00-4 – Nutrição 4.06.00.00-9 – Saúde Coletiva 4.07.00.00-3 – Fonoaudiologia 4.08.00.00-8 – Fisioterapia e Terapia Ocupacional 4.09.00.00-2 – Educação Física</p>
---

Fonte: GOMEZ, 2013, p. 42

Corroborando com as práticas de cooperação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a utilização das TCI para o intercâmbio de informações válidas para diagnósticos, prevenção e tratamento de doenças, para a contínua educação de prestadores de serviços em saúde, assim como para fins de pesquisas e avaliações. (SANTOS, 2009, p. 234). De acordo com a OMS:

Telemedicina compreende a oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde, nos casos em que a distância é um fator crítico; tais serviços são prestados por profissionais da área da saúde, usando tecnologias da informação e comunicação para o intercâmbio de informações válidas para o diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças e a contínua educação de prestadores de serviços em saúde, assim como para fins de pesquisa e avaliação. (OMS, 2007)

### **2.2.1 Os Sistemas de informação de saúde**

Os sistemas de informação em saúde evoluem de forma célere. Além das mudanças tecnológicas, os conceitos e métodos para armazenar, tratar e disseminar informação para que seja utilizada da melhor forma por diferentes públicos (gestores, acadêmicos e sociedade em geral) têm se desenvolvido rapidamente. Importantes diferenças são identificadas entre as experiências de diferentes países, que correspondem aos processos históricos e às características das instituições e das necessidades dos sistemas de atenção.

Visando apoiar os países das diferentes regiões do continente americano para a melhoria dos sistemas nacionais de informação em saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) desenvolveu a proposta intitulada “Fortalecimento do desempenho dos sistemas de informação em saúde das Américas”. Neste marco da cooperação técnica com os países deste continente, a ação inicial foi de documentar as experiências exitosas do México e do Brasil, que forneceram pistas para o estabelecimento de trajetórias bem-sucedidas em outros países.

Esse projeto foi realizado no Brasil a partir da proposta desenvolvida pela Opas e o Measure Evaluation Project, apoiado pelo Carolina Population Center, da North Carolina University, e mediado pelo LAC/Latin American and Caribbean Regional Bureau of Usaid. As atividades foram coordenadas por um grupo colegiado formado por representantes da Opas no Brasil e do Ministério da Saúde (Secretaria-Executiva, Departamento de Informática do SUS – DATASUS, Secretaria de Atenção à Saúde e Secretaria de Vigilância em Saúde).

Na sua consecução, o projeto utilizou duas abordagens com naturezas diferentes e complementares. A primeira documenta o desenvolvimento histórico de alguns dos sistemas de informação em saúde de maior abrangência no país, bem como seus avanços e desafios atuais, realizado por especialistas que se dedicam ao estudo e à análise deste campo da saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Descreve ainda duas experiências institucionais relacionadas ao desenvolvimento e à busca de qualidade dos sistemas de informação em saúde no Brasil, o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa).

O objetivo foi possibilitar o entendimento da evolução histórica e institucional dos sistemas de informação em saúde no Brasil, seus componentes, sua função e suas rotinas. A segunda abordagem consistiu de um trabalho de investigação qualitativa que teve o caráter de consulta junto a indivíduos responsáveis pela concepção, implementação, uso e gestão dos sistemas de informação mencionados, além do DATASUS e da Ripsa. O objetivo foi focalizar a situação atual, o uso e a perspectiva dos usuários destes sistemas e instituições, bem como identificar os pontos positivos e as dificuldades existentes, e as sugestões dos entrevistados para seu aprimoramento.

Os sistemas de informação em saúde (SIS) revelam também grande contributo para a tabulação de dados, gerando informações relevantes para tomadas de decisão tanto do ponto de vista assistencial quanto gerencial. O partilhamento de informações entre sistemas e trocas de experiências geram resultados significativos e promissores no âmbito do desenvolvimento da Saúde. Escrivão (2013) destaca que no Brasil os sistemas de saúde foram criados pelo Ministério da Saúde e Ministério da Previdência, sempre com o objetivo de atender as necessidades dos órgãos centrais em obter dados para efeitos imediatos de gestão e ou geração de conhecimento epidemiológico. O Brasil possui inúmeros sistemas de informação em saúde.

Os sistemas de informação em saúde são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, que tem como objetivo o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população, subsidiando a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal. (BVS, 2015, p.1)

**Quadro 2** - Sistemas que integram ferramentas na gestão da saúde:

SINAN – Sistema Informação de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SI/PNI/API – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações – Avaliação do Programa de Imunizações SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica GIL – Gerenciador de Informações Locais SISCAM, SISCOLO. HIPERDIA etc - Agravos específicos SISREG – Sistema de Regulação HEMO – Unidades Hemoterápicas LAB – Laboratórios HOSPUB – Sistema de Gerenciamento de Hospitais
---

Fonte: Escrivão 2013, p. 103

Dentre os mais relevantes para a vigilância à saúde, destacam-se os seguintes sistemas:

O SIM, criado pelo Ministério da Saúde em 1975 para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país, possibilitou a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente e confiável, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Com base nessas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área. O SIM proporciona a produção de estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde. A análise dessas informações permite estudos não apenas do ponto de vista estatístico e epidemiológico, mas também sócio-demográfico.

O SINASC, implantado pelo Ministério da Saúde em 1990 teve o objetivo de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional, apresenta atualmente um número de registros maior do que o publicado pelo IBGE, com base nos dados de Cartório de Registro Civil. Por intermédio desses registros é possível subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde - SUS, como ações de atenção à gestante e ao recém-nascido. O acompanhamento da evolução das séries históricas do SINASC permite a identificação de prioridades de intervenção, o que contribui para efetiva melhoria do sistema.

O Sinan é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região. Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos

de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

O SI-PNI tem o objetivo fundamental de possibilitar aos gestores envolvidos no programa uma avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica. Por outro lado, possibilita também o controle do estoque de imunos necessário aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição.

### **2.2.2 As redes de informação de saúde**

Outro ponto relevante é a existência das Redes de Informação em Saúde. Sobre elas, Cavalcante, Messina e Alves (2009) destacam que a partir das atividades da telemedicina as redes colaborativas integradas de assistência remota vêm criando condições propícias ao estabelecimento de soluções tecnológicas em saúde para a diversidade de problemas enfrentados pelo país. São exemplos de algumas redes, a Rede Nacional de Ensino e Pesquisa – RNP, Rede IPÊ, Redes Comunitárias de Educação e Pesquisa (REDECOMEP), sendo em Salvador, caracterizada por Rede Metropolitana de Salvador (ReMeSSA), Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), em que hospitais universitários baianos fazem parte como Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos e Maternidade Climério de Oliveira, a Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA), entre outras.

A RIPSA, coordenada pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), implantada como projeto-piloto em 06 estados brasileiros, incluindo a Bahia, segundo Pinto (2006) subsidia o processo decisório em saúde, bem como favorece a formulação, gestão e avaliação de políticas de saúde, fortalecendo assim a gestão do SUS. A Rede, segundo Escrivão (2013) se caracteriza por um espaço inclusivo e plural de construção de consensos entre as distintas unidades do Ministério da Saúde, habituadas a executar ações desarticuladas.

Atualmente, a RIPSA conta com a participação de 08 estados brasileiros e vem continuamente buscando alcançar os objetivos para que foi criada, são alguns deles: estabelecer bases de dados consistentes, atualizadas, abrangentes, transparentes e de fácil acesso, articular instituições que possam contribuir para o fornecimento e crítica de dados e indicadores e para a análise de informações, inclusive com projeções e cenários, implementar mecanismos de apoio para o aperfeiçoamento permanente da produção de dados e informações, promover intercâmbio com outros subsistemas especializados de informações da administração pública no âmbito estadual; melhorar o conhecimento das desigualdades existentes no âmbito do estado, e propor ações para educação permanente na área de informação e informática em saúde.

A experiência da Ripsa no nível federal, acumulada ao longo de 10 anos, consolidou um processo de trabalho interinstitucional na área de informação em saúde que possibilita o fomento de iniciativas similares no âmbito dos estados e municípios. Essa nova etapa é consequência natural do processo estabelecido, por levar os níveis descentralizados de gestão do setor saúde a discutirem a qualidade da informação e o seu uso na organização e funcionamento dos serviços. Para desenvolver essa linha de atuação e apoiar iniciativas nas unidades federadas, a Ripsa instituiu o *Comitê Temático Interdisciplinar (CTI) "Ripsa no Estado"*, com representantes de várias instituições integrantes da Rede nacional, em especial do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). (RIPSA, 2014, p.8)

A Rede RUTE viabiliza a implantação de núcleos de telemedicina e telessaúde nos hospitais universitários das instituições participantes e o aprimoramento de projetos de telemedicina já existentes, incentivando o desenvolvimento de trabalhos multicêntricos. A RUTE promove a interconexão entre hospitais universitários e unidades de faculdades de diferentes regiões do país, favorecendo a colaboração entre grupos de pesquisa. O projeto está presente nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal.

### 2.2.3 As organizações não-governamentais

É forte a presença de instituições não governamentais na área de saúde. Sabe-se que a reunião de profissionais e pesquisadores em associações, institutos, entre outros, gera uma grande produção de informações e conhecimento. A troca de experiência, o conjunto de ideias oportuniza a qualificação do debate e abertura de novos caminhos para a ciência e a para as práticas profissionais. Algumas destas organizações de saúde já contam com grupos específicos que se debruçam sobre a temática informação em saúde.

Como exemplo, cita-se a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Esta foi criada com o objetivo de atuar como mecanismo de apoio e articulação entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa em Saúde Coletiva para fortalecimento mútuo das entidades associadas e para ampliação do diálogo com a comunidade técnico-científica e desta com os serviços de saúde, as organizações governamentais e não governamentais e a sociedade civil. A Associação apoia e desenvolve projetos, e importantes eventos.

O Grupo Temático Informação em Saúde e População da Abrasco (GTISP) foi criado em 1990, movido pelo objetivo de contribuir para a implementação de avanços que impactem positivamente nos processos de saúde-doença-cuidado no Brasil. Estrutura-se em torno do compromisso de constituir-se em um espaço aberto e plural de debate, construção coletiva e sistematização de propostas relacionadas a um Projeto Nacional para a Informação em Saúde e suas Tecnologias que seja comprometido com a melhoria da Saúde da população brasileira e com a primazia dos interesses públicos. (ABRASCO, 2014)

Em 2013 o GTISP/ABRASCO publicou o 2º Plano Diretor para o Desenvolvimento a Informação e Tecnologia de Informação em Saúde (PlaDITIS) 2013-2017.

**Quadro 3** - Contexto da Informação e Tecnologia da Informação para a Saúde - ITIS considerado no 2o PlaDITIS (2013-2017)

- Atual governança da informação e tecnologia de informação em saúde no Brasil.
- Iniciativas de implantação do Registro Eletrônico em Saúde (RES): e-saúde.

- Debate em torno da elaboração de documento sobre a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde - PNIS apresentada pelo Ministério da Saúde.
- Multifacetado estágio contemporâneo da produção de conhecimento brasileiro e internacional.

**Fonte:** ABRASCO, p. 14

#### Principais marcos referenciais adotados no 2º PLaDITIS:

- No Brasil, saúde é um direito universal. Assim, saberes e práticas da área da informação e tecnologia de informação em saúde precisam estar a serviço da sociedade, da justiça social e do exercício do dever do Estado brasileiro em garantir atenção integral à saúde com qualidade equanimemente distribuída.
- Informações e tecnologias de informação em saúde produzidas, desenvolvidas, geridas e disseminadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) constituem um bem público, em sua dimensão tangível e intangível, garantida a privacidade do cidadão. Esse acervo é patrimônio da sociedade brasileira, registra a memória genética, clínica, epidemiológica e cibercultural de um povo, em que o interesse público precisa ter primazia sobre interesses de grupos técnicos (lobby) e empresariais do complexo econômico-industrial da tecnologia de informação e comunicação.
- Saberes e práticas de informação e tecnologia de informação em saúde são determinados pelo contexto histórico, político, social, econômico e científico em que são gerados e desenvolvidos, constituindo-se em espaços plenos de relações de poder e disputas de interesses. Ao mesmo tempo, subsidiam políticas públicas, articulações federativas, pesquisas, debates e lutas que ocorrem na relação entre Estado e sociedade em torno das condições de saúde- -doença-cuidado de indivíduos, populações e seus determinantes. Requerem o cumprimento do dever das três esferas de governo em garantir transparência em suas ações (no mínimo cumprindo a Lei de Acesso à Informação – Lei 12.527/2011) e a democratização das ITIS como direito de todos e um dos alicerces da cidadania e da justiça cognitiva.
- A construção no Brasil, ainda que tardia, de um Estado de bem-estar, em que se insere a luta pela saúde universal com o aperfeiçoamento do SUS, implica a ruptura com um sistema de saúde ainda fragmentado e excludente em muitas dimensões da vida cotidiana da população. Esse contexto obriga a sair da lógica fragmentadora de uma

“fábrica de softwares” uma vez que os sistemas de informação compõem a base material essencial para a atenção e a gestão de redes nacionais e locais de serviços de saúde. Esse referencial implica denunciar e romper com o mito da neutralidade instrumental, apresentada como meio de ‘solução inovadora’, revelando o que a ITIS tem de decisão, opções, tensões, disputas de interesses e visões distintas de projeto de país e de saúde. No cenário contemporâneo, práticas e saberes de informação e tecnologia de informação em saúde constituem instâncias decisivas de complexas formações sociais e transitam, ao mesmo tempo, no terreno das ciências e das tecnologias, da economia e da política, com um grau de imbricação que fica obscurecida por visões ‘utilitaristas’ da informática.

- O SUS desenvolveu experiências relevantes que merecem ser consideradas na elaboração das propostas de mudanças. A história brasileira da ITIS, os estudos sobre as experiências de implantação dos sistemas de informações de saúde de base nacional, a criação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), as diversas iniciativas de desenvolvimento do sistema e de implementação do Cartão Nacional de Saúde desde 1999, a constituição da Câmara Técnica de Informação e Informática em Saúde do Conass, a instituição do Grupo Técnico de Informação e Informática em Saúde da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), os diferentes esforços para o alcance de pactuação em torno de uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde e, mais recentemente, a constituição do Comitê de Informação e Informática em Saúde (Ciinfo) – criado pela Portaria no 2.466/GM/MS, de 14 de outubro de 2009, redefinida em 2011, com regimento interno aprovado em 2012 –, no âmbito do Ministério da Saúde. Essas são algumas referências a serem levadas em conta por suscitarem velhas questões ainda não resolvidas e questões novas que requerem respostas novas para a melhoria da ITIS no Brasil. Além disso, destaca-se que as iniciativas que possuem um caráter colegiado e participativo devem ser cada vez mais valorizadas.

Pela atualidade dos fatos e relevância do trabalho realizado pelo GTISP, cabe ainda destacar as dimensões estratégicas para o desenvolvimento da informação e TI em saúde a que o grupo definiu:

Primeira dimensão: governança e gestão da informação e TI em saúde: permanecem grandes problemas relacionados a interoperabilidade e racionalização de fluxos de sistemas de informação. Há sobreposição de

registros e de fluxos de informação nos locais de obtenção dos dados primários, tornando comprometido o uso sistemático, oportuno e regular de informações para subsidiar a gestão do SUS, desde a esfera municipal até a federal, e a incorporação do princípio de integralidade da atenção no SUS.

Segunda dimensão: pesquisa, desenvolvimento e inovação em informação e TI em saúde: torna-se necessário um maior fomento à pesquisa e produção científica, a colaboração e cooperação entre grupos e destacadamente a universalização do acesso a informação de pesquisas.

Para fazer frente a essa realidade, o país se beneficiará se houver fomento ao trabalho colaborativo de equipes multidisciplinares, distribuídas, realizando seus trabalhos em grupos de pesquisas de universidades, institutos e administração pública. O reuso dos ativos intangíveis resultantes do trabalho cooperativo, calcado na ética da solidariedade, e não da competitividade, é de extrema importância econômica e social por permitir o aceleração de novas soluções e a disseminação do próprio conhecimento. (ABRASCO, 2003, p. 35)

Terceira dimensão: ensino e formação permanente de equipes de informação e Tecnologia da Informação - TI em saúde – investimento público para melhoria e ampliação de espaço de ensino e aprendizagem, programas contínuos de treinamentos são pontos-chave para o desenvolvimento do país no que diz respeito a ITIS. Para que o Brasil torne-se um país protagonista de ações voltadas ao desenvolvimento científico e tecnológico mundial precisa investir em educação e formação de sua população.

Destaca-se positivamente que a história do SUS é pródiga em experiências colegiadas e em formatos democráticos para a composição e encaminhamento de agendas. A diversidade de atores favorece um debate plural e democrático em torno da definição conjunta de conteúdos essenciais aos processos formadores em ITIS, contribuindo para relações mais simétricas em espaços políticos, sociais, econômicos e de produção cultural. É o salto de qualidade que precisa ser dado, sem o qual a práxis em saúde, especificamente no SUS, perderá a oportunidade de se desenvolver e se beneficiar *pari passu* com o desenvolvimento do ciberespaço, dos processos de trabalho mediados pelo digital, participando e pautando o direcionamento desse processo em proveito da saúde da população. (ABRASCO, 2003, p. 40)

Quarta dimensão: ética, privacidade e confidencialidade – trata-se de um debate complexo e longe de ser resolvido. Até aonde vai a privacidade do

indivíduo frente às ações governamentais de controle e acesso a informação. E ainda, aos mecanismos privados de armazenamento de base de dados sobre tudo e sobre todos.

Quinta dimensão: informação e tecnologia de informação em saúde – democracia, controle social e justiça cognitiva - a democratização da informação e TIS torna-se estratégica e vital para o avanço da democracia e da luta pela melhoria da saúde no país. Mas, apesar dessa constatação e do desenvolvimento tecnológico relacionado à informação e suas tecnologias, observa-se o descompasso de seu uso em benefício da ampliação da potência de controle social sobre as ações da esfera pública.

Diversas sociedades científicas vêm discutindo de forma cada vez mais organizada as ITIS, pode-se citar a SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, ABEP – Associação Brasileira de Estudos Populacionais, ABE – Associação Brasileira de Estatística, ANPEC Associação Nacional dos Centros de Pós-graduação em Economia, ANPOCS – Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, ANPEGE – Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Geografia, ANPUR – Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional, SBC – Sociedade Brasileira de Cartografia e SBEP – Sociedade Brasileira de Estudos Populacionais. Segundo a ABRASCO, essas iniciativas resultam em amplo debate nacional em torno da necessidade de elaboração de uma Política Nacional de Produção e Disseminação de Informações Sociais, Demográficas, Econômicas e Territoriais. Como resultados alcançados, além da aprendizagem coletiva, destacam-se: 1) organização do I Fórum Nacional de Usuários de Informações Sociais, Demográficas, Econômicas e Territoriais, ocorrido no âmbito da Conferência Nacional de Estatística e da Conferência Nacional de Geografia, em 1996, por convocação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; e 2) elaboração do documento 'Informações para uma Sociedade Democrática: Por uma Política Nacional de Produção e Disseminação de Informações Sociais, Demográficas, Econômicas e Territoriais.

#### 2.2.4 Os eventos de saúde

Mais uma forma de cooperação e interação surge através da realização de eventos. São muitos congressos, feiras, simpósios no campo da saúde, tanto na área pública, quanto privada. No Brasil, as Conferências Nacionais de Saúde marcaram época e contribuíram significativamente com o avanço do Sistema Único de Saúde (SUS).

A ABRASCO apóia e desenvolve projetos, seminários, oficinas e realiza os congressos da área na América Latina, congregando mais de 7.500 congressistas em um único evento. Em atividades internacionais, como no XI Congresso Mundial de Saúde Pública, realizado no Rio de Janeiro em parceria com Federação Mundial de Associações de Saúde Pública (WFPHA), em 2006, o público presente ultrapassou a marca de 12 mil participantes.

Existem ainda diversos eventos privados que abordam a questão da informação na área de saúde, como exemplo a HOSPITALAR, que congrega diversas empresas de saúde, tecnologia, entre outras, fazendo o mercado se desenvolver.

Outros eventos como congressos específicos de categorias, como de Arquivologia, Biblioteconomia, Medicina, Enfermagem, o Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação (ENANCIB), todos esses apresentam de forma constantes palestras e comunicações acerca da temática aqui discutida.

Surge também no Brasil, mas com contornos internacionais, eventos específicos como Colóquio Internacional A Medicina na Era da Informação (Medinfor), relevante destacar, pois une a Ciência da Informação e as Ciências da Saúde. Outro evento com esta característica interdisciplinar é o Seminário Internacional de Informação para a Saúde (SINFORGEDS).

O Medinfor ocorre de forma trienal, no Brasil e em Portugal, revezadamente, e é, promovido pela Universidade Federal da Bahia e Universidade do Porto. O evento já contou com a presença de renomados pesquisadores, entre eles os Professores Armando Malheiros e Edivaldo Boa Ventura. O Colóquio apresenta segundo Duarte e Farias (2009) o exercício da “mitdisciplinaridade” (multi, inter, trans) nas ciências da informação, comunicação e saúde. Permite aos participantes e leitores dos Anais

produzidos, a participação em um amplo debate das áreas, buscando produção de conteúdo de qualidade que possa contribuir com os avanços da Medicina a partir dos mais diversos aspectos da CI. A próxima edição do Medinfor ocorrerá em 2017 na cidade do Porto em Portugal.

O SINFORGEDS, tendo como grande entusiasta a Profa. Virginia Bentes Pinto, nas suas quatro edições reuniu em Fortaleza, estado do Ceará, os mais renomados pesquisadores da CI e Medicina do Brasil e do Mundo, tendo como foco a discussão da informação para a saúde. O evento já trouxe palestrantes internacionais como Rafael Capurro, Nelida Gonzalez de Gómez, entre muitos outros. O último evento ocorreu em maio de 2016 e serão temas de discussão os diálogos e integração entre as áreas de Ciência da Informação, Saúde, Tecnologias Eletrônicas e Digitais, Direito, Filosofia, Ética, Bioética, Letras, Comunicação, Linguística, Antropologia, Administração, História, Sociologia, entre outras. Segundo Pinto,

[...] este evento vem ao encontro dos novos paradigmas referentes ao uso das tecnologias de informação na área da Saúde, produção, registro, organização, representação, mediação, preservação digital e acesso à informação no ciberespaço. Portanto, visa contribuir para a promoção da saúde pública e privada, respeitando a proteção dos dados e das informações sensíveis como preconiza a Declaração Universal dos Direitos do Homem e o ordenamento jurídico de cada Estado Nação, a exemplo do Brasil. (PINTO, ano 2013, p.110)

Seria impossível citar aqui todos os eventos realizados no mundo acerca de informação e saúde, felizmente estes revelam-se constantes e em crescimento, desta forma definiu-se por citar os nacionais e ainda sim correndo-se o risco de deixar de fora outros não tão menos relevantes.

Pode-se perceber que ainda está por vir uma vastidão de trocas de experiências e informações para a produção do conhecimento nos campos da Ciência da Informação e da Saúde. Se o interesse da colaboração estiver presente, a sociedade só terá a ganhar.

## 2.3 POLÍTICAS GOVERNAMENTAIS

Nos últimos 40 anos, o governo brasileiro tem realizado esforços no sentido de racionalizar o setor de Saúde no Brasil. Uma das primeiras iniciativas surgiu com a edição da Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, que dispunha sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Esta legislação definiu para estados, territórios e Distrito Federal, principalmente, atividades de operação de serviços de saúde.

### **Quadro 4** – Definição das prescrições da Lei. 6.229/75 para os municípios

- 1) manter os serviços de saúde de interesse da população local, especialmente os de pronto-socorro;
- 2) manter a vigilância epidemiológica;
- 3) articular seus planos locais de saúde com os planos estaduais e federais para a área;
- 4) integrar seus serviços de proteção e recuperação da saúde no Sistema Nacional de Saúde.

**Fonte:** A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. 2009.

A política nacional de saúde seria formulada pelo Ministério da Saúde e aprovada pelo Conselho de Desenvolvimento Social então existente. Foi uma tentativa de organizar a caótica situação da prestação de serviços de saúde no Brasil. Na época, pouco se conseguiu de avanço, pois no nível federal continuavam a existir múltiplas instituições promovendo ou executando ações de saúde, em especial os Ministérios da Saúde, da Previdência Social, da Educação e Cultura, do Interior e do Trabalho. Pode-se dizer que, formalmente, porém, não de fato, o Ministério da Saúde começou a se caracterizar como o mentor do sistema. Naquele contexto, ainda em 1975, foram criados, no âmbito do Ministério da Saúde, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) e um subsistema de mortalidade, a partir da adoção de um modelo único de declaração de óbito para o todo o país. Todavia, cabe registrar que o SNS, tal como referido na Lei nº 6.229/1975, nunca foi efetivamente implementado.

Entretanto, desde então, várias outras iniciativas foram empreendidas no sentido de integrar serviços e racionalizar a prática das ações de saúde: a reforma da assistência médica da Previdência Social, as Ações Integradas de Saúde e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Paralelamente, também nos anos 70, teve início, no âmbito acadêmico, um processo de discussão sobre a reformulação do setor Saúde no Brasil, conhecido, mais tarde, como Reforma Sanitária. Por ocasião do 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, em 1979, já se delineavam os princípios que vieram a ser

adotados pelo atual Sistema Único de Saúde: 1) o direito à saúde, concebido como universal e inalienável; 2) o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; 3) o papel do Estado no sentido de regular “para obstaculizar os efeitos mais nocivos das leis do mercado na área da saúde”; 4) a descentralização, a regionalização e a hierarquização; e 5) a participação popular e o controle democrático (CORDEIRO, 2004, P.127).

Os passos decisivos para que se elaborassem os princípios e a prática da Reforma Sanitária foram dados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, de 17 a 21 de março de 1986, após conferências preparatórias efetuadas em todas as unidades da Federação. Esta Conferência é um marco para democracia brasileira, em função do período de sua realização e das conquistas por esta trazida. Nesta Conferência consagrou-se o Sistema Único de Saúde – SUS, aprovado na Constituição de 1988.

Esse evento ocorreu imediatamente após a abertura política do país. Foram debatidos temas fundamentais, destacando-se: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor. Ficou evidente, na ocasião, que as modificações necessárias ao setor de Saúde transcendiam os limites de uma reforma administrativa e financeira. Tais modificações exigiam, de fato, uma reformulação mais profunda, que contemplasse a ampliação do próprio conceito de saúde e de sua correspondente ação institucional, e a revisão da legislação, no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986; CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE, 1980). Finalmente, a instalação da Assembléia Nacional Constituinte propiciou intensa mobilização do movimento pela Reforma Sanitária, consagrando-se no texto da nova Constituição de 1988 os princípios básicos defendidos pelos partidários da reforma. O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, foi posteriormente regulamentado por duas leis federais: a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trata do controle social e do financiamento do setor Saúde (BRASIL, 1988; ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2003).

O governo brasileiro desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovado pela Constituição de 1988 vem tomando iniciativas mais

densas na tentativa de proporcionar a universalização do atendimento e melhorias da assistência à saúde. Estas ações perpassam também obviamente por políticas relativas ao acesso à informação visto termos a compreensão dos contributos da informação para a sociedade.

As diretrizes básicas para a organização do SUS consistiram em descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade (BRASIL, 1988). No contexto, marcado pela valorização da gestão participativa, municípios e estados alçaram o estatuto de novos e importantes atores, uma vez que passaram a ter papel fundamental, inclusive na geração e no uso de dados necessários aos diferentes subsistemas de informação em saúde existentes no país.

O processo de descentralização conseqüente à implantação do SUS necessitou, para o seu funcionamento harmônico, de mecanismos de negociação entre as três esferas de governo. Foram criadas comissões intergestoras: uma comissão tripartite, formada por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; e comissões bipartites em cada estado, formadas por representantes das secretarias estaduais de saúde e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde. Neste quadro, as decisões importantes passaram a ser pactuadas nessas comissões, antes de serem implantadas. As pactuações envolvem a organização e o funcionamento do sistema, bem como seus mecanismos de financiamento. As decisões sobre implantação e desenvolvimento dos sistemas de informação em saúde são igualmente discutidas e pactuadas nessas instâncias.

A partir da evolução e consolidação das ações, alguns mecanismos foram criados para a garantia da continuidade e melhoria dos processos. Especialmente na área de Comunicação e Informação em Saúde, em 1998 foi criada a Comissão Intersectorial de Comunicação e Informação em Saúde – CICIS. A CICIS, criada pela resolução 277 de 07/05/1998 e reativada pela resolução 349 de 05 de maio de 2005, tinha por objetivo assessorar o Conselho Nacional de Saúde em temas que buscam a democratização da comunicação e informação, em todos os aspectos, bem como a interlocução

permanente entre os conselhos municipais e estaduais de saúde para o fortalecimento do controle social e do SUS.

Dentre as atribuições da CICIS destaca-se: a busca pelo aperfeiçoamento da capacidade de comunicação e informação, coordenação, gestão e operacionalização de políticas e ações públicas dirigidas à qualidade de saúde e vida da população, mediante a compatibilização das bases de dados de comunicação e de informação sobre os fatores condicionantes e determinantes da saúde e a garantia do acesso dos conselhos de saúde às informações necessárias à sua atuação.

Uma das estratégias utilizadas para o fortalecimento são oficinas e seminários regionais e nacionais ouvindo e orientando os conselhos de saúde na formação de CICIS para que seja formada uma rede de comunicação e informação em saúde através da formação dos conselheiros pelo Programa de Inclusão Digital (PID) do CNS. Além disso, busca-se a manutenção de fóruns entre os conselhos, com base no planejamento do Conselho e nas propostas da 12ª e 13ª Conferências de Saúde sobre o tema em questão; avaliar e discutir as propostas da equipe de comunicação da secretaria executiva do CNS; desenvolver trabalho articulado com DATASUS e ASCOM/MS, conforme plano de trabalho 2008/2009 aprovado pelo pleno do CNS.

Diante deste contexto, de constantes discussões e iniciativas surge uma proposta de política nacional de informação e informática em saúde. Neste sentido, o ano de 2003 foi marcante para o debate e a fundamentação desta proposta. Integrado à construção da agenda estratégica do Governo Federal, o Ministério da Saúde definiu pela elaboração da política de informação e informática em saúde como um de seus objetivos setoriais prioritários. Esta definição está em sintonia com o contexto internacional que vem destacando a relevância de políticas e estratégias setoriais de comunicação e informação em saúde, diante de suas possibilidades de geração de novos processos e produtos, e de mudanças nos modelos institucionais de gestão.

Em dezembro de 2003, a 12ª Conferência Nacional de Saúde deliberou em favor da elaboração e implementação de políticas articuladas de informação, comunicação, educação permanente e popular em saúde, para as três esferas de governo, garantindo maior visibilidade das diretrizes do SUS, da política de saúde, ações e utilização de recursos, visando ampliar a

participação e o controle social e atender as demandas e expectativas sociais. Estas políticas deverão ser delineadas de modo a reforçar a democratização da informação e da comunicação, em todos os aspectos; e garantir a compatibilização, interface e modernização dos sistemas de informação do SUS e o aperfeiçoamento da integração e articulação com os sistemas e bases de dados de interesse para a saúde. Esta deliberação reforça as decisões da 11ª Conferência Nacional de Saúde que também havia situado a comunicação, a educação e a informação como componentes essenciais para alcançar a equidade, a qualidade e a humanização dos serviços de saúde e fortalecer o controle social no âmbito do SUS. Suas deliberações indicam a necessidade de identificação, aprimoramento e formação de redes de informação e comunicação entre sociedade e governos.

Neste contexto, destaca-se a Política de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) que surgiu com o propósito de nortear o processo de informatização do trabalho de saúde no Brasil, tanto nos cuidados individuais quanto nas ações de saúde coletiva, de forma a obter os ganhos de eficiência e qualidade permitidos pela tecnologia, gerando automaticamente os registros eletrônicos em que são baseados os sistemas de informação de âmbito nacional, resultando, pois em informação de maior confiabilidade para gestão, geração de conhecimento e controle social.

Segundo Cunha 2005 a,

[...] formulação da PNIIS pelo Ministério da Saúde (MS) objetiva integrar sua agenda estratégica ao contexto internacional, o qual preconiza a adoção de políticas e estratégias setoriais em comunicação e informação em saúde, na expectativa de gerar novos processos e produtos e de promover mudanças nos modelos de gestão organizacional. O foco dessa política reside no uso e na disseminação da tecnologia da informação entre os profissionais de saúde, visando à interoperabilidade dos sistemas que consiste: na compatibilização, interface e modernização dos sistemas de informação do SUS. (CUNHA, 2005. p.70)

Um dos grandes desafios apontados para a PNIIS é a busca da sintonia entre as necessidades decorrentes de uma heterogeneidade nacional, fruto de diversidades e desigualdades de regiões e municípios brasileiros. A política também deverá incorporar novas e relevantes contribuições da comunidade,

sejam oriundas do controle social, associações de classe, sindicatos, instituições de ensino e pesquisa, ou de instâncias de governo, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS) que reflita as necessidades do país.

A Portaria nº 589/15, publicada no Diário Oficial da União (DOU), de 22 de maio de 2015 institui o PNIIS. Este documento foi construído tendo como base a PNIIS de 2004 e a revisão de documentos relevantes, tais como o Plano Nacional de Saúde 2011-16, a Política de e-GOV, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, a série de documentos do Observatório de e-Saúde, da Health Metrics Network da OMS e da recente resolução do Executive Board da OMS sobre Padrões e Interoperabilidade, bem como documentos da comunidade europeia sobre e-Saúde. Segundo o MS, esta Política foi objeto de aprovação pelo CIINFO, com representantes das instâncias diretivas do MS e das entidades vinculadas ao MS, pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Conselho Nacional de Saúde (CNS). Sendo assim, este documento possui representatividade e legitimidade, estando apto a amparar a institucionalização e normatização da informação e da informática no âmbito do sistema de saúde brasileiro (PNIIS, 2016, p.9).

A PNIIS foi formulada com a participação das três instâncias gestoras do SUS, de entidades vinculadas ao Ministério da Saúde (ANS, Anvisa, Funasa, Fiocruz e Hemobras) e do controle social. As principais razões que embasaram a formulação do PNIIS foram: a necessidade de uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) que norteie as ações de tecnologia da informação e comunicação (TIC) de todo o sistema de saúde brasileiro; a falta de padronização dos procedimentos para obtenção e tratamento dos dados em saúde; o elevado número de sistemas de informação em saúde e sua heterogeneidade; a dificuldade de conectividade dos serviços de saúde à internet banda larga; a insuficiência de estratégias de financiamento no campo da informação e informática em saúde; a deficiência relativa de qualificação profissional nesse tema e a importância de alinhamento do Brasil às ações e estratégias internacionais no campo das tecnologias da informação e comunicação em saúde, além de uma concreta adesão às diretrizes da Lei de Acesso à Informação (LAI) e da Política de Governo Eletrônico (e-Gov).

A PNIIS, segundo revela o documento, tem como propósito promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação a fim de melhorar os processos de trabalho em saúde e, assim, resultar em um Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS) articulado e que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços de saúde, contribuindo, dessa forma, para a melhoria da situação de saúde da população.

A implementação da PNIIS depende decisivamente da participação coletiva dos órgãos públicos, sociedade organizada e população em geral.

O e-Saúde, é outro mecanismo que corrobora com o avanço das TIC's na área de saúde. Seu uso vem mudando a forma de se organizar e disponibilizar serviços de saúde em todo o mundo. No Brasil, o Datasus é o responsável pela coordenação das ações para agregar profissionais que possam contribuir com a evolução desta concepção. No ano de 2011, o Centro de Gestão de Documentação e Informação (CGDI) do (MS) identificou 170 iniciativas, revelando a heterogeneidade.

Em 2014, foi produzido um documento pelo DATASUS/MS sobre a concepção do e-Saúde. O documento traz uma visão para até 2020 e descreve mecanismos contributivos para a consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde e do SUS. Os blocos construtores são agrupados em quatro pilares: Governança e Recursos Organizacionais; Padrões e Interoperabilidade; Infraestrutura e Recursos Humanos. Conclui apresentando nove ações estratégicas para cada pilar de e-Saúde e os resultados esperados, com o intuito de fortalecer a construção de processos e práticas de e-saúde nas três esferas do SUS.

Segundo o documento, até 2020, a e-Saúde estará incorporada ao SUS como uma dimensão fundamental, sendo reconhecida como estratégia de melhoria consistente dos serviços de Saúde por meio da disponibilização e uso de informação abrangente, precisa e segura que agilize e melhore a qualidade da atenção e dos processos de Saúde, nas três esferas de governo e no setor

privado, beneficiando pacientes, cidadãos, profissionais, gestores e organizações de saúde.

O uso do conceito “e-Saúde” espelha uma estratégia para a adoção de padrões de informática em saúde para o atendimento de diretrizes propostas pelas políticas de informação em saúde mundiais. Assim, subentende-se que o e-Saúde é, senão, uma dos pilares para a integração de um Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS), tendo em vista ambos basearem-se no uso da tecnologia da informação e informática para a melhoria das condições de saúde.

No e-Saúde são fundamentais as atividades de interoperabilidade, garantida pela identificação de padrões e por uma consistente escolha de infraestrutura, modelos de fluxo de informação, governo e legislação.

A atividade mais importante, segundo a proposta, é o cadastro eletrônico nacional do SUS. O cadastro deve encaminhar-se e ligar-se com o registro eletrônico de saúde, que contém os dados clínicos da pessoa física-usuário do SUS.

Segundo a OPAS (2016), os parceiros deste projeto de Visão de e-Saúde no Brasil já estabeleceram um plano de trabalho intenso, conforme a metodologia divulgada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (National e-Strategy toolkit) e já foi adaptada pelo Brasil, e baseia-se no trabalho a distância de grupos. Em prática os grupos de trabalho devem desenvolver quatro eixos norteadores: governo do sistema, interoperabilidade, recursos humanos, infraestrutura.

A OPAS revela que apesar das condições favoráveis (recursos financeiros, ótimo planejamento, alinhamento com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a OPAS, motivações das entidades, instituições etc.) a dimensão do Brasil é um grande desafio.

Iniciativas como o Sistema Cartão Nacional de Saúde (CNS) e o RES se enquadram neste contexto.

A implantação do CNS possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do SUS ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados. Para tanto, é necessária a construção de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades

de saúde. A partir desses cadastros, os usuários do SUS e os profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação.

A implantação do CNS era uma demanda histórica do setor saúde no Brasil. Previsto em instrumentos normativos do sistema de saúde brasileiro desde o ano de 1996, o objetivo do cartão é a identificação e acompanhamento do conjunto de atendimentos realizados pelo sistema de saúde, independentemente dos locais de realização dos mesmos. Apesar de previsto desde 1996, a complexidade e o ineditismo do projeto fez com que somente em 1999 ele fosse iniciado, ainda sob a forma de Projeto Piloto.

A Portaria MS/GM N<sup>o</sup> 940 de 28 de Abril de 2011 regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde. A proposta é que o CNS possa ser visto como um prontuário do paciente, proporcionando vantagens à gestão do sistema de saúde e das unidades hospitalares, mas há que se destacar questões de segurança do uso, da preservação e confiabilidade da informação entre outros aspectos para que o dispositivo se torne eficiente. Também não podem ser desconsiderados os problemas relacionados a implementação do cartão em um país com dimensões continentais, com tantas diferenças culturais e estruturais para consolidação de tal projeto. Este, na verdade, é mais um desafio da área de saúde para o governo brasileiro.

### 3 O PRONTUÁRIO DO PACIENTE E O SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE

#### 3.1 HISTÓRICO

O conhecimento atual acerca dos primeiros registros relacionados a tratamento médico dão conta que Hipócrates, denominado como Pai da Medicina, por volta de 456 a.C. já realizava alguns apontamentos sobre doenças de pacientes em sua obra “Epidemias” (MEZZOMO, 1988, p.65).

De acordo com Massad; Marin e Azevedo Neto (2003), Hipócrates já apontava para os médicos a necessidade de registros escritos com o propósito de indicar as possíveis causas das doenças bem como analisar o curso desta. Os autores revelam que Florence e Nightingale, em 1820, foram precursoras da enfermagem moderna, e, quando trataram os doentes da guerra da Criméia (1853-1856) realizaram registros das informações relativas aos doentes. É creditado a Nightingale o seguinte relato:

Na tentativa de chegar à verdade, eu tenho buscado, em todos os locais, informações; mas, em raras ocasiões eu tenho obtido os registros hospitalares possíveis de serem usados para comparações. Esses registros poderiam nos mostrar como o dinheiro tem sido usado, o quê de bom foi realmente feito dele[...] (NIGHTINGALE apud MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003, p.2)

Sobre o registro clínico do paciente, Lourdes (1977) destaca que desde o século XVI que sob influência de Camilo de Lélis, filho de um general do Exército de Carlos V, os hospitais passam a ter uma documentação escrita sobre o tratamento ao paciente, exigindo a prescrição medicamentosa, e alimentar e ainda exigia relatórios de enfermagem. Mezzomo (1988) acrescenta que Camilo de Lélis alterou substancialmente o sistema de assistência aos pacientes e a administração dos hospitais. O mesmo autor destaca ainda que foram enfrentados à época vários tabus relativos a climatização e água, exigindo-se banho nos leitos para os pacientes e ainda ventilação nas enfermarias, anteriormente fechadas.

No tocante ao conteúdo, neste período de 1580 na Itália, os prontuários já possuíam também como contributo de De Lélis, prescrição médica individual

para o paciente, prescrição do regime alimentar, passagem de plantão e relatórios da enfermagem por plantão. Desta forma, incorporando-se outras medidas os hospitais de Roma, Gênova e Milão passaram a apresentar documentação escrita sobre os pacientes, sendo estas de responsabilidade de religiosos, que segundo Santos (2002), apenas após idos dos anos de 1775 que a organização hospitalar passa a ser de médicos, tendo como principal cerne a disciplina militar, que segundo Foucault (1975) apud Mota (2005), objetivava vigiar continuamente os indivíduos e seus respectivos registros. Santos (2002) aponta os registros realizados à época: a) Identificação de pacientes por etiquetas amarradas ao punho e fichas em cima de cada leito, com o nome do doente e da doença; b) Registro geral de entradas e saídas constando o nome do paciente, o diagnóstico médico, a enfermaria que ocupou e as condições de alta ou óbito; c) Registro de cada enfermaria, feito pela enfermeira-chefe; d) Registro da farmácia, com as receitas despachadas para cada paciente; e) Registro médico, com anotações de diagnóstico, receitas e tratamentos prescritos nas visitas aos pacientes internados.

Mota (2005) faz referência a uma importante obra de Foucault de 1977, “O nascimento da clínica”, em que este traz importantes reflexões sobre a organização do conhecimento médico bem como das práticas médicas e a reconfiguração das mesmas no século XVIII e as implicações de tal reconfiguração para a medicina moderna. O Nascimento da Clínica, segundo Tavira (2014), Foucault busca compreender a racionalidade anátomo-clínica que permeou a consolidação do saber médico na modernidade, donde o principal objeto investigativo se configura na doença ou no corpo do ser que adoece.

**Figura 2 - O nascimento da clínica**



**Autor:** Rembrandt van Rijn

**Fonte:** FOUCAULT, 1977

Ainda segundo a autora, Foucault concebe o nascimento da clínica no findar do século XVIII, quando a medicina moderna passa por uma transformação fundamental da organização de seu conhecimento e sua prática, apresentados agora sob um presumido empirismo que a coloca no glorioso lugar de Ciência. Souza, (1998) aponta que:

Até o século XVII, o hospital, enquanto um espaço político e administrativo, era apenas o depositário da miséria e da morte próxima. No final do século XVIII, aos poucos, o hospital se articulou para se transformar em um espaço terapêutico, passando a formar médicos e produzir conhecimento. Na produção deste saber, a pureza da evidencia clínica, atrelada ao simples exame de um indivíduo, oculta e dissimula uma complexidade histórica da consolidação das experiências e métodos clínicos emanados na medicina moderna. (SOUZA, 1998)

Em Portugal, a organização dos arquivos de saúde conhecidos de hoje, inicia-se no final do século XIX. Em 1946 foi publicada a lei de organização hospitalar, em 1971 surgiu o que é considerado como primeiro esboço de um Serviço Nacional de Saúde, em 1990 tem-se aprovada a Lei de Bases da Saúde, e a partir de 2002 foi introduzida uma lógica empresarial na gestão dos cuidados de saúde do Estado, alterando de forma significativa alguns pontos da Lei anteriormente mencionada. (Pestana, 2009, p. 127-128)

Partindo para o continente americano, segundo Mezzomo, nos Estados Unidos da América em 1877, o Hospital de Massachussets iniciou o

arquivamento dos dados clínicos, e em 1987 seria o primeiro hospital a organizar um serviço de arquivo médico e estatística. Também nos EUA, Massad; Marin e Azevedo Neto (2003) relatam que William Mayo fundou em 1880, junto com um grupo de amigos, a Clínica Mayo em Minnesota nos Estados Unidos e em tal clínica foi observado, com o passar dos anos, que a maioria dos médicos mantinham o registro de anotações das consultas de todos os pacientes em forma cronológica em um documento único. Mota (2005), indica que a Clínica Mayo conhecendo as dificuldades, adotou em 1907 um registro individual das informações de cada paciente e tais informações passaram a ser arquivadas separadamente. Em 1920 a Clínica Mayo deu consideráveis passos no sentido de padronizar o conteúdo dos prontuários por meio do estabelecimento de um conjunto mínimo de dados a serem registrados.

Ainda nos EUA pós 1ª guerra mundial, a rede hospitalar saiu da crise graças a uma série de medidas, entre elas: 1 - a fixação de “padrões mínimos” para credenciamentos de hospitais em 1913, sugeridos pelo Colégio Americano de Cirurgiões que exigia o registro cuidadoso e completo de todos os casos clínicos, e o arquivamento dos prontuários em forma acessível; além disso a de Criação de Escolas de Arquivos Médicos, em 1936.

No Brasil, Mezzomo (1991) relata que o primeiro hospital brasileiro a implantar o serviço de arquivo médico e estatística foi o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, em 1943, e o segundo foi a Santa Casa de Santos, em 1945, sendo o terceiro o Hospital e Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

O autor apresenta a Lei “Alípio Correia Netto” como referência histórica sobre o tema no Brasil. Esta Lei exigia que os hospitais filantrópicos possuíssem históricos clínicos escritos e completos, arquivos convenientes e serviços de acompanhamento para receberem auxílios e subvenções do governo.

Em 1966 o Instituto Nacional da Previdência Social estabeleceu um critério de pontuação como forma de qualificar os serviços, estimulando assim hospitais a organizarem seus arquivos, sob a forma de um setor. Merece também destaque a Associação Brasileira de Arquivo Médico e Estatística fundada no Rio de Janeiro em 1966 por Dr. Geraldo José da Rosa e Silva, e

que realizou uma série de eventos acerca do tema. Já em 1972, por ocasião do 1º Congresso Brasileiro de Arquivologia a associação elegeu nova diretoria, onde a partir deste ponto, diversas ações conjuntas entre médicos e arquivistas foram desencadeadas para desenvolvimento de uma concepção muito mais ampla de prontuário do paciente.

Outro fato histórico de relevância é a existência da Câmara Setorial de Arquivos Médicos do Conselho Nacional de Arquivos - Conarq. Segundo Santos (2009) esta teve sua concepção formatada a partir de uma reunião em 1998 na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) com o objetivo de discutir a situação dos arquivos médicos, a partir de uma pauta do Ministério da Saúde em virtude das dificuldades de gestão de arquivos e documentos evidenciados nos hospitais federais localizados no Rio de Janeiro. Nesta reunião surgiu a proposta de envio ao Conarq de um documento solicitando a criação de uma comissão especial com intuito de estudar e buscar diretrizes e normas para documentos de arquivos de instituições médico-hospitalares, concernentes a organização, guarda, preservação, destinação e acesso aos documentos. Santos também relata que,

O amplo leque de problemas relacionados com a gestão, preservação e acesso aos documentos dos arquivos médicos levou o grupo a estabelecer uma pauta de prioridades, na qual se destacava a definição do conceito de prontuário; o que denominamos seu conteúdo mínimo e a definição dos prazos de guarda e destinação dos prontuários. Essa nos pareceu ser questão central, mobilizadora, a partir da qual poderíamos sinalizar para as instituições de saúde, caminhos possíveis para outras operações técnicas “da boa gestão arquivística” que dessem conta de um percurso mais amplo e complexo desde a criação dos documentos, passando pela alimentação e gestão de sistemas de informações, até a adoção de critérios para a definição de um possível valor secundário. (SANTOS, 2009, p.60)

Os trabalhos desencadearam uma série de discussões com o CFM, oportunizando mudanças a partir da revogação da Portaria 1.331 e edição das resoluções 1.638 e 1.639 de 2002, que apesar de alguns avanços, segundo Santos (2009) apresentam equívocos, sobretudo a resolução 1.639 que estabelece de forma distinta os prazos de guarda para prontuários em suporte papel (guarda por 20 anos) e em suporte eletrônico (guarda permanente). Os trabalhos da Câmara Setorial de Arquivos Médicos deram também resultado a Resolução nº 22 de 30 de junho de 2005 que dispõe sobre as diretrizes para a

avaliação de documentos em instituições de saúde. Quanto aos equívocos entre o entendimento arquivístico e médico acerca da preservação do prontuário, estes permanecem existindo com a publicação da Portaria 1.821/2007 do CFM. Trata-se de assunto atual e que reunião entre as áreas pode trazer grandes avanços.

O fato é que da década de 90 aos dias atuais muitas transformações vêm ocorrendo, especialmente em função do avanço das tecnologias de informação e comunicação, que nos traz uma série de possibilidades, e tratando-se especificamente de prontuários, se bem utilizada pode de fato proporcionar grandes benefícios para o tratamento do paciente, e para a prevenção de doenças e criação de tratamentos curativos para toda sociedade.

### 3.2 CONCEITOS E FUNÇÕES

Neste tópico transcorremos informações sobre os principais conceitos relacionados a prontuários do paciente e arquivos de saúde.

O Prontuário Médico é um importante documento de registros que contém não somente a história clínica, exame físico, prescrições, resultados de exames, mas também as anotações de todos os profissionais que atenderem o paciente. Tem como objetivos a análise da evolução da doença, serve como amparo ético e legal, e proporciona análises estatísticas para a gestão dos serviços de saúde (Possari, 2008). Conforme a Resolução nº 1.638/2002 do CFM, o prontuário do paciente é

[...] o documento único constituído de um conjunto de informações registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situação sobre a saúde do paciente e a assistência prestada a ele, de caráter legal, sigilo e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. (CFM, 2002, p.1)

Para o Conarq, conforme Resolução nº 22 de 30 de junho de 2005, prontuário do paciente é,

[...] o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens em qualquer suporte, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada a ele, de caráter sigiloso e

científico que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Os conceitos de prontuário do paciente do CFM e do Conarq são muito próximos, sendo que o do Conarq revela uma maior preocupação com questões arquivísticas da natureza do suporte, bem como da separação do conjunto documental em informações, sinais e imagens. Segundo Massad; Marin; Azevedo Neto (2003) o prontuário tem as seguintes funções:

Apoiar o processo de atenção a saúde, servindo de fonte de informação clínica e administrativa para tomada de decisão e meio de comunicação compartilhado entre todos os profissionais; - É o registro legal das ações médicas; - Deve apoiar a pesquisa (estudos clínicos, epidemiológicos, avaliação da qualidade); - Deve promover o ensino e gerenciamento dos serviços, fornecendo dados para cobrança e reembolso, autorização dos seguros, suporte para aspectos organizacionais e gerenciamento do custo.

Segundo Motta (2003, p. 59), os documentos padronizados que devem fazer parte do Prontuário Médico são: 1. Ficha de Anamnese; 2. Ficha de Evolução; 3. Ficha de Prescrição Terapêutica; 4. Ficha de Registro de Resultados de exame laboratoriais e de outros métodos de diagnóstico auxiliares.

Sobre os Serviços de Arquivo nas Instituições de Saúde, certas vezes denominados Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), certas vezes, Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), ou ainda simplesmente, Arquivos Médicos, podemos dizer que são essenciais para a definição de políticas de acesso e preservação documental, seja prontuários impressos ou digitais, é relevante que numa complexa estrutura, que envolve uma série de profissionais e áreas diversas, que em um local apropriado, do ponto de vista estrutural e técnico, possa desenvolver ações de contínua melhoria acerca dos prontuários.

O SAME, segundo Costa (2001) é o setor “responsável pela organização arquivística, centro receptor, disponibilizador e controlador da produção documental da área médica como um todo: enfermagem, nutrição, assistencial social, relatórios estatísticos, entre tantos outros componentes documentais que não fazem parte da composição do prontuário.”

Ainda sobre o SAME, Carvalho (1977), comenta que “é um setor com características técnicas que deve estar ligado a uma Gerência Técnica”.

A autora aponta que um Same deve atender bem a quatro finalidades:

[...] administrativa, jurídica, histórica e de pesquisa. 1 - Administrativa para a boa execução de procedimentos da rotina da instituição, envolvendo estatísticas e relatórios gerenciais; 2 - jurídica como fonte de prova, de resguardar a instituição e garantir os direitos do cidadão; 3 - histórica para registrar, preservar, possibilitando aos cidadãos o acesso às suas informações; e 4 - de pesquisa médica para contribuir com o avanço científico e formação de profissionais. (CARVALHO, 1977, p.37)

O arquivo hospitalar, segundo Neves (2009) é uma fonte de informação importante não apenas para a instituição, mas também para os pacientes e para a pesquisa. O arquivo dá suporte às atividades administrativas e ainda assegura a memória da instituição.

Segundo Costa (2009), a gestão dos arquivos médicos compreende:

- diagnóstico da situação dos acervos;
- criação das comissões obrigatórias;
- elaboração do código de classificação e tabela de temporalidade documental;
- criação e treinamento a partir dos manuais de arquivamentos
- automação com a gestão documental por meio eletrônico;
- conservação e restauração dos acervos;
- atendimento aos usuários;
- diagnóstico atual da situação do hospital para determinação de linhas de atuação.

O autor destaca ainda que:

A definição de uma estrutura física e política que congregue as atividades ligadas à prática da gestão da informação é de elementar relevância no âmbito hospitalar. É capaz de centralizar em uma unidade de informação as práticas de gerenciamento do conhecimento, permitindo assim que a informação orgânica, científica ou cultural possa ser tratada de forma a propiciar o seu acesso e disseminação, que refletirão na prática técnicas das rotinas dos profissionais e, em consequência, melhor aplicação do saber.

Devido à importância do tema gestão de arquivos médicos, apresentar-se-á aqui uma visão de alguns dos tópicos acima transcritos:

- a. Diagnóstico da situação dos acervos

Não há como se fazer um trabalho de organização de qualidade se a situação do acervo não for diagnosticada corretamente. O risco de estar no meio de um processo de organização e ter que retornar ao início é grande se um bom diagnóstico não for feito. Essa etapa contempla a avaliação de aspectos estruturais, condições físicas do local, das estruturas de armazenamento (estantes, armários, prateleiras) e de acondicionamento (caixas, pastas, invólucros), do acervo, englobando quantitativo, tipologia documental, existência de arranjo, conhecimento do fundo arquivístico, entre outros aspectos.

#### b. Criação das comissões

As comissões nas instituições de saúde tem suma importância. O Ministério da Saúde (MS), através da Portaria nº 112, de 14 de fevereiro de 2012 define critérios e requisitos para comprovação de efetiva capacidade institucional das instituições de saúde para apresentação de projetos ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).

No Art. 6º ficam definidas as seguintes comissões obrigatórias: I - comissão de documentação médica e estatística; II - comissão de ética; III - comissão de ética em pesquisa, que poderá se localizar na Instituição de Ensino Superior à qual a instituição de saúde for vinculada; IV - comissão de controle de infecção hospitalar; V - comissão interna de prevenção de acidentes; VI - comissão de óbitos; VII - comissão de revisão de prontuários; VIII - comitê transfusional; IX - equipe multiprofissional de terapia nutricional; e X - comissão de farmácia e terapêutica. O artigo ainda explicita em seu parágrafo único que as entidades de saúde que possuam Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) deverão instituir e manter comissão para transplantes e captação de órgãos, além de todas as demais referidas nos incisos do caput.

A Portaria MS nº 196, de 24 de junho de 1993, instituiu a implantação das Comissões de Controle de Infecções Hospitalares em todos os hospitais do país independente de sua natureza jurídica, física, de direito público ou privado. A Lei nº 9.431, de 6 de Janeiro de 1997, normatiza a questão. Estabelece: “Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País”,

Já a Portaria MS nº 170, de 17 de dezembro de 1993, estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para o credenciamento em alta complexidade em oncologia; a Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.000 de 15 de abril de 2004, que estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para os hospitais de ensino; a Portaria MS/GM nº 1.405 de 29 de junho de 2006, que instituiu a rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimentos da Causa Mortis; e a Portaria MS nº 3.123 de dezembro de 2006, que estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para o Processo de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde.

A Resolução CFM nº 1.638/2002, apresentada no Anexo B deste trabalho, estabelece: “Art. 3º - Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.”

A Resolução CFM nº 1.657/2002 (Alterada pela Resolução CFM nº 1.812/2007) estabelece ainda no art. 1º: “Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas que se exerçam a medicina, ou sob cuja égide se exerça a medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu Corpo Clínico, conforme previsto em seus Regimentos Internos, Comissões de Ética nos termos desta Resolução.” Fica claro na Resolução a obrigatoriedade de que cada Unidade de Saúde tenha sua própria Comissão de Ética, ainda que sob a gestão de uma única entidade, como um braço do Conselho Regional de Medicina (CRM) no local, assim agilizando as apurações das possíveis infrações éticas ocorridas no local.

A Resolução 1.821/2007 CFM estabelece a obrigatoriedade da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos (CPAD) 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, ressaltando que estas funções da referida Comissão podem ser exercidas pela Comissão de Revisão de Prontuários.

Estas comissões obrigatórias, se analisadas de forma aprofundada, todas tem relação com o prontuário, visto ser este o documento que gera as provas e informações para o trabalho destas Comissões.

Além das comissões obrigatórias, o Serviço de Arquivo das Instituições de Saúde podem possuir outras comissões no intuito de melhoria a qualidade da gestão de saúde e documental. Comissões como, por exemplo, a de Revisão de Formulários e Procedimentos, de Estatística, comuns em algumas instituições. Estas comissões vão variar de acordo com as especificidades da instituição e das necessidades que forem surgindo ao longo do percurso.

- c. Elaboração do código de classificação e tabela de temporalidade documental;

O código de classificação e tabela de temporalidade documental – TTD são instrumentos arquivísticos básicos de uma instituição. Segundo Lopes (1997), a classificação pode ser descrita como a sequência de operações que, de acordo com as estruturas organizacionais, funções e atividades de uma organização, visam a distribuir os documentos em classes e subclasses. Bernardes e Delatorre(2008), descrevem que entre os objetivos e benefícios da classificação, destacam-se: a recuperação do contexto original de produção de documentos, visibilidade às funções, subfunções e atividades do organismo produtor, controle de trâmites, atribuição de códigos numéricos, além de fornecer subsídios para a avaliação dos documentos. A avaliação de documentos, fase posterior à classificação, cumpre a função de descartar o que não seja de interesse para as atividades das organizações, como, também, para a sociedade em geral, que busca informações para conhecer seu meio, seu passado e constituir uma identidade.

Frente a isso, os critérios de avaliação devem ser pautados na visão crítica dos possíveis usos da informação arquivística. Bernardes e Delatorre (2008), explicam que existem documentos que jamais podem ser eliminados, pois comprovam fatos e atos fundamentais para nossa existência civil e para nossa vida pessoal. Ao mesmo tempo, não é possível e nem desejável que todos os documentos sejam preservados, afinal, documentos que cumprem uma função importante durante determinado tempo, posteriormente, perdem o seu valor original, devendo ser eliminados, para que não dificultem o acesso a outros documentos com valor informativo e probatório relevantes. Os principais instrumentos que possibilitam a classificação e avaliação de documentos são, respectivamente, o plano de classificação e a tabela de temporalidade. Ambos

devem ser constituídos com referência aos preceitos arquivísticos (de organicidade, coerência, adaptabilidade, etc.), adequando-se ao contexto de produção informacional. A construção de um plano de classificação é observada por Gonçalves (1998), na qual:

Definir atividades-fim e atividades-meio e relacioná-las a funções mais abrangentes já significa reunir elementos para a classificação dos documentos. A reunião lógica de funções e atividades, com a percepção de sua maior ou menor autonomia ou subordinação interna, permitirá a elaboração do plano de classificação (GONÇALVES, 1998, p. 22).

O estabelecimento das classes e subclasses de um plano de classificação pode ser por três critérios: funcional, no qual as classes correspondem à função dos documentos; estrutural, de acordo com a estrutura organizacional de determinada instituição; e, por assunto, referente aos conteúdos registrados nos documentos. A definição de qual método é o mais adequado, por consenso, torna-se uma definição do arquivista, que deve analisar o contexto de produção documental em que atua, partindo da premissa de conseguir adequar o instrumento no ambiente organizacional, como elemento associado às atividades administrativas, como acrescenta Gonçalves (1998, p. 23), “a elaboração do plano não pode estar desconectada da preocupação com sua aplicação”.

A TTD é definida por Bernardes e Delatorre (1998) como um instrumento aprovado por autoridade competente, que regula a destinação final dos documentos, definindo prazos para a guarda dos documentos em função de seus valores administrativos, legais e fiscais, determinando os prazos para sua transferência, recolhimento ou eliminação. A tabela de temporalidade pode ser considerada o principal instrumento do processo de avaliação de documentos, proporcionando, como resultados práticos, a inexistência de massas documentais acumuladas e o descarte de informações supérfluas. Por ser um processo que requer procedimentos legais (inclusive atendendo prazos definidos em lei para execução de determinadas tarefas do processo), a avaliação de documentos requer atenção redobrada pelos arquivistas, para que sua efetivação não seja comprometida.

A Resolução nº 14 do Conarq apresenta o código de classificação e tabela de temporalidade para documentos da administração pública, relativos a

atividades-meio. Tal resolução deve ser adequada a realidade de cada instituição pública ou privada, que deve criar por normas os seus instrumentos.

A definição do código de classificação tem o objetivo de contribuir na organicidade e viabilizar meios lógicos de classificação documental e facilidade de busca e acesso ao documento, enquanto que a TTD determina o prazo de guarda documental e norteia às instituições e gestores quanto a possibilidade de descarte e guarda permanente de documentos.

#### d. Criação e treinamento a partir dos manuais de arquivamentos

Uma política de recursos humanos imprescindível para o êxito das instituições é o treinamento, que possibilita a capacitação do funcionário para um melhor desempenho na prestação de serviços aos cidadãos, neste caso os pacientes e ainda o público interno da instituição de saúde.

As mudanças que estão ocorrendo com frequência, diversidade, profundidade e rapidez cada vez maiores têm contribuído para uma preocupação generalizada de diversos setores da sociedade quanto à qualificação pessoal.

Para Milioni (2001, p.10), o treinamento "é a ação sistematizada de educação para a capacitação, o aperfeiçoamento e o desenvolvimento do indivíduo". Entretanto, na concepção de Gil (2001, p.121), treinamento é "o meio para adequar cada pessoa a seu cargo, com vista no alcance dos objetivos da organização". O que se verifica, atualmente, é que o processo de treinamento precisa desenvolver competências nas pessoas, no sentido de tornarem-se mais produtivas e contribuir para a organização. Por essa razão, quando se refere à capacitação de pessoas, a tendência é falar em desenvolvimento de pessoas ou educação no trabalho. Assim, desenvolver pessoas significa: oferece-lhes a formação básica para que transformem antigos hábitos, desenvolvam atitudes e capacitem-se para melhorar seus conhecimentos, buscando tornarem-se melhores na realização do trabalho.

Não obstante as modernas tecnologias terem beneficiado, largamente, as várias etapas da análise dos prontuários, cumpre não esquecer que todo o conhecimento gerado pelas investigações clínicas depende, fundamentalmente, da qualidade do trabalho dos profissionais que observam, registram e interpretam os fatos relativos à saúde humana. (SANTOS, 2009, p. 235)

Como o arquivo trata de questões técnicas e rotineiras, torna-se imperioso a realização de treinamento com base nos instrumentos de gestão arquivística e manuais pré-determinados nas instituições.

e. Automação com a gestão documental por meio eletrônico;

Esse tema será abordado com mais propriedade nos próximos itens desta dissertação, mas releva-se destacar que a automação da gestão documental trouxe grande alento às unidades arquivísticas. Especificamente na área de saúde proporcionou maior dinamismo, controle e possibilidade de correlacionar dados para melhoria do atendimento e informações.

Desde a simples alimentação digital de uma tabela com 02 indexadores, facilitando a busca e o armazenamento, até os mais avançados sistemas de prontuário eletrônico, telemedicina e cirurgias em ambiente virtual, verificamos que o avanço tecnológico trouxe um grande ganho para a área da saúde.

f. Conservação e restauração dos acervos;

No arquivo de uma instituição de saúde é fundamental o trabalho de conservação e restauração de documentos. Os prazos de guarda estabelecidos para o prontuário são extensos, desta forma, há que se determinar políticas de preservação do acervo, quanto ao método de acondicionamento, temperatura e entre outras variáveis.

Um prontuário que deve ser guardado no mínimo por 20 anos, deve possuir um local apropriado de armazenamento, evitando as ações do tempo e de ordem fortuita, como incêndios, alagamentos, exposição ao sol, etc.

Faz-se necessário também um trabalho da CPAD no sentido de estabelecer o valor secundário do prontuário para que aqueles com interesse de pesquisa e histórico sejam preservados de forma permanente em condições propícias ou caso seja necessário, que se adote serviços de restauração dos mesmos.

Voltando para uma discussão acerca do prontuário, Pinto (2006, p. 45) confirma a multidisciplinaridade do prontuário ao evidenciá-lo primeiramente como um documento único, pois as informações ali registradas pertencem a somente um paciente. Por outro lado, múltiplo em razão da diversidade de

profissionais que nele registram as variadas e específicas informações, “[...] Na verdade, trata-se de uma documentação complexa e produzida pela equipe de saúde de uma organização de saúde [...].”

Em decorrência, ao submeter um paciente a um determinado tratamento, todos os profissionais que compõe a equipe multidisciplinar, possuem a responsabilidade de intervenção e atuação no quadro clínico do paciente assim como responsabilidade em relação às informações que integram o prontuário. O hospital que possui os prontuários completos, bem elaborados e organizados, “[...] possibilita maior rotatividade de pacientes, reduz consideravelmente o uso indevido e repetido de serviços e equipamentos, otimizando os recursos disponíveis.” (MOLINA; LUNARDELLI, 2010, p. 75).

Complementando, Pinheiro Lobo (1999, p. 96), destaca que “[...] as anotações existentes são muito importantes para toda a instituição e podem dispensar ou simplificar interrogatórios e exames complementares, reduzindo o custo do atendimento e o tempo de permanência do cliente no hospital.” Ainda em relação à instituição, Klück afirma que o prontuário do paciente.

[...] é o documento básico dentro de um Hospital permeando toda a sua atividade assistencial, de pesquisa, ensino e atividade administrativa. É o elemento de comunicação entre os vários setores do hospital e depositário de um conjunto muito grande e rico de informações, capazes de gerar conhecimento. Ele pode ser entendido como sendo a principal Base de Dados dentro de um Hospital, a partir da qual são construídos todos os Sistemas de Informações (SI) [...]. (KLÜCK, 1997, p. 4)

### 3.3 INSTRUMENTO DE APOIO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Mota (2005), aponta que houve uma mudança significativa na relação médico-paciente e, em consequência disto a ideia de prontuário como documento pertencente aos profissionais da área da saúde também mudou. Novaes (2003) chama atenção para o fato de que, ao longo das últimas décadas, os prontuários deixaram de ser denominados de “Prontuários Médicos” e passaram para “Prontuários do Paciente”. Mezzomo relata que:

Quanto M. Marc Eachern, na segunda década do século, distinguiu e promoveu no hospital, a atividade relativa à documentação do paciente e denominou "Medical Record", sem dúvida queria significar os apontamentos que deveriam ser registrados para facilitar ao médico o atendimento ao paciente e interpretar suas carências. Naquele tempo a expressão poderia ser aceita, por ser o médico, o único profissional que anotava algo no prontuário. (MEZZOMO, 1991, p.39)

Mota destaca que, de certa forma, isto pode ser entendido como uma mudança na visão da área quanto aos direitos dos pacientes dos serviços de saúde. A mesma autora citada neste parágrafo acrescenta que:

No contexto brasileiro tal inflexão se faz presente em uma das mais importantes resoluções do Conselho Federal de Medicina, a saber, a Resolução do CFM Nº 1.246 de 8 de janeiro de 1988 que trata da Revisão do Código de Ética Médica onde, no capítulo V que dispõe sobre a relação com paciente e familiares, deixa expresso que é vedado ao médico: art. 59 - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal; 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. (CONSELHO, 1988, p.10)

Santos (2011), alerta que o MS, através do SUS e em parceria com secretarias municipais e estaduais necessitam adotar medidas com intuito de fortalecer o prontuário como instrumento de atenção à saúde. O autor destaca ainda que, o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, abrangendo desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira. Dentro deste contexto, e a partir dos avanços tecnológicos o governo vem buscando iniciativas que potencializem a utilização do prontuário do paciente, mas já numa versão eletrônica. Atualmente o governo federal lançou uma nova ferramenta, o e-SUS

Hospitalar, mas, segundo Santos (2014) numa breve análise nota-se um programa mais voltando para gestão e controle do que para o atendimento assistencial em si.

Sounis (1993), observa que podemos compreender um prontuário do paciente como documento fundamental de assistência à saúde, onde ali constam os registros de anamnese e toda evolução do quadro clínico do paciente. Um prontuário com as informações corretamente registradas permite a correta aplicação de medicações, os cuidados preventivos com doenças hereditárias, o diagnóstico mais ágil quando da reincidência de um problema clínico, ou ainda num acompanhamento gestacional eficiente.

Donabedian(1990) considera que os registros médicos são fundamentais para informar acerca do processo de trabalho. Bodenheimer e Grumbach (2002) sugerem que a tecnologia eletrônica tem um grande potencial para aperfeiçoar a Atenção Primária à Saúde em áreas do registro em saúde, comunicação entre médicos e pacientes, compartilhamento de informação entre prestadores de serviços de saúde e rápido acesso à informação médica confiável. No entanto, assim como afirma Majeed (2003), para que isso aconteça é preciso superar barreiras como quantidade de tempo e custos da implementação, a inadequação da informação médica com base na Internet, a falta de padrões, a necessidade de proteção da privacidade do paciente e a possibilidade de interferência, pelo computador, na relação médico-paciente. Ferreira, Fidelis e Lima (2009) citam que;

Uma das maiores dificuldades no campo arquivístico brasileiro é a falta de reconhecimento por parte das instituições públicas e privadas da importância dos seus acervos documentais, de maneira que os arquivos são vistos como depósitos de documentos velhos, sem muita importância, principalmente na gestão pública em que o descaso é maior. (FERREIRA; FIDELIS; LIMA. 2009, p.344)

Dentro destas visões, percebe-se a importância do prontuário não como um simples repositório de informações estáticas, pelo contrário, o prontuário é um documento dinâmico capaz de subsidiar e nortear as atividades dos profissionais que dele fazem uso com fins ao atendimento com qualidade ao paciente.

### 3.4 SEGURANÇA, ACESSO E SIGILO DA INFORMAÇÃO

Observa-se a existência de uma preocupação em resguardar as informações com vistas a preservar a integridade física e moral do paciente, mas, sobretudo, existe a preocupação de que o paciente esteja a par de todos os acontecimentos e que lhe seja assegurado liberdade de acesso às informações de seu histórico clínico. O paciente passa a ter um maior poder de decisão em relação à disposição das informações que lhe dizem respeito e que estão armazenadas em seu respectivo prontuário. O prontuário passa a ser do paciente e não do médico.

Além dos médicos muitos outros profissionais produzem atualmente registros sobre a atenção que desenvolveram com o paciente, os prontuários tornam-se cada vez mais volumosos, há uma preocupação crescente com a documentação de todos os procedimentos face a possíveis questionamentos jurídicos, há necessidade de preservação do sigilo das informações registradas, essas têm sido questões rotineiras a serem equacionadas nos serviços de saúde. (NOVAES, 2003, p.43)

No artigo de Sabatinni (2002) intitulado “Preservando a confiabilidade médica na Internet”, são feitas várias considerações acerca do prontuário. Ele afirma que:

O registro médico deixa de ser um documento passivo, difícil de entender, afastado do paciente, para ser um instrumento ativo, uma central de serviços de informação, um promotor de saúde e de prevenção de problemas, e um educador de pacientes e divulgador de informações confiáveis sobre medicina e saúde. (SABATINNI, 2002, p.1)

Considerando que os documentos do prontuário do paciente têm como principais funções a comunicação entre membros da equipe de saúde e a documentação da assistência ao paciente, é princípio fundamental que eles não sofram modificações após a sua elaboração. A importância desse princípio fica clara quando se sabe que são tomadas decisões para realização de tratamentos, baseando-se certas vezes, exclusivamente em informações dos prontuários. No que diz respeito a modificações em qualquer documento, a orientação é que seja feito um adendo ao original, datado e assinado, em que fiquem explícitas as novas informações, não sendo possível que informações originais sejam apagadas ou rasuradas. Sfredo e Flores, destacam que

[...] ao desenvolver atividades de gestão documental, a instituição não deve se preocupar somente com a guarda e

preservação das informações contidas nos documentos. O controle dos processos de gestão, como um todo, previne também as ameaças advindas do furto, das falsificações documentais e outros procedimentos que coloquem em risco a confiabilidade das informações que serão recebidas pelos usuários. (SFREDDO; FLORES, 2012, p.14)

Sendo assim, as ações que reforçam a segurança do acervo documental garante a própria segurança da instituição, pois evita processos judiciais e em conselhos de classes.

Normas como International Organization for Standardization - ISO 15489, Modelo de requisitos para sistemas informatizados de gestão arquivística de documentos (E-ARQ) e Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR ISO/IEC) 27002 auxiliam uma instituição na implementação de ações para o controle de acesso. A última norma, mais especificamente, pode contribuir para aplicar e definir uma política de controle de acesso e, também, dar subsídios para a instituição desenvolver uma política completa de segurança da informação.

Na implementação de um programa de gestão documental, segundo a ISO 15489, os documentos de arquivo apresentam as seguintes características: autenticidade, confiabilidade, integridade e disponibilidade. Segundo a Norma, para a implantação de uma política de gestão de documentos que permita gerar documentos autênticos, é fundamental que a instituição esteja consciente de seus recursos, das atividades que desenvolve e de sua responsabilidade perante a sociedade e o usuário do arquivo, seja ele servidor interno ou externo.

O E-arq é uma especificação de requisitos a serem cumpridos pela organização produtora/recebedora de documentos, pelo sistema de gestão arquivística e pelos próprios documentos, a fim de garantir sua confiabilidade e autenticidade, bem como sua acessibilidade. Os Sistemas Informatizados de Gestão Arquivística de Documentos (SIGAD) devem ser capazes de gerenciar tanto documentos convencionais quanto digitais. É importante ressaltar que para aplicar o eARQ a instituição deve ter implementado um sistema de gestão de documentos, pois ele serve apenas para auxiliar e facilitar a gestão já existente.

Um sistema de segurança da informação eficiente se baseia em princípios ou características que norteiam seus processos. Segundo a Norma ABNT NBR ISO/IEC 27002, os princípios seriam: confidencialidade, integridade e disponibilidade. A confidencialidade garante que as informações sejam acessíveis somente a pessoas que possuam permissão para acesso na instituição; a integridade proporciona a proteção das informações contra modificações, adulterações ou fraudes; e a disponibilidade assegura que os usuários autorizados tenham acesso às informações, quando requisitadas, e elas se mantenham protegidas e não se tornem indisponíveis. Aliada a esses princípios, pode estar, ainda, a autenticidade, a responsabilidade, o não repúdio e a confiabilidade. As instituições devem ter a responsabilidade e o interesse pelo tratamento das informações, conscientes de que esses princípios que norteiam suas ações para a segurança ajudam a proteger as informações institucionais.

Quanto a ABNT NBR ISO/IEC 27002, versão atual da Norma NBR ISO/IEC 17799, elaborada em 2005, que foi atualizada, em julho de 2007, para a numeração NBR ISO/IEC 27002, seu objetivo não é criar um modelo para a segurança da informação, mas apenas orientar as ações empregadas para garantir a segurança institucional e documental, disponibilizando diretrizes que ajudem na elaboração de uma política de segurança da informação.

Quando o assunto é segurança, esteja ela referenciada em fontes como revistas, livros ou artigos que abordem o assunto, sempre se relaciona ao termo ativo. Para Campos (2007), o ativo pode ser definido como um bem patrimonial em função do seu valor e, da mesma forma, a informação e tudo aquilo que a suporta e/ou a utiliza são considerados ativos de informação.

É necessário ressaltar, ainda, que a política de segurança da informação varia de instituição para instituição, de acordo com os objetivos e as metas de cada organização. Assim sendo, para que se obtenha um resultado efetivo com essa política, é necessária a aplicação de algumas questões técnicas que, muitas vezes, são comuns entre as instituições. Dentre as questões mais aplicadas estão: ver a informação como um bem institucional; possuir um controle de acesso às informações; manter responsabilidades aos usuários, à administração e ao gestor da informação; estar preparados para situações de

contingência e garantir a privacidade do usuário; e, por fim, definir medidas disciplinares, caso as regras sejam descumpridas (MEDEIROS, 2001).

Dentro dos fatores que contribuem para a segurança da informação em uma instituição encontra-se o controle de acesso. As normas de gestão mais recentes já fazem referência a esse requisito, pois, quando adotado de forma eficaz e cuidadosa, pode evitar vários danos à massa documental e à própria instituição. Conforme o Instituto dos Arquivos Nacionais - Torre do Tombo, o controle de acesso são regras das quais “as organizações têm de poder controlar quem está autorizado a aceder aos documentos de arquivo e em que circunstâncias o acesso é permitido, dado que os documentos podem conter informação pessoal, comercial ou operacionalmente sensível”.

Para que o controle de acesso se consolide em uma instituição, é aconselhável que ela elabore, de acordo com suas necessidades, uma política para o controle de acesso, verificando o melhor modo de prevenir acidentes advindos de problemas com as novas tecnologias ou falta de cuidados básicos com a vigilância adotada no arquivo. Para isso, “convém que as regras de controle de acesso e direitos para cada usuário ou grupos de usuários sejam expressas claramente na política de controle de acesso” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2005, p. 56). A política de controle de acesso é um dos pontos dentro da política da segurança da informação que pode ser elaborada nas instituições para contribuir na proteção das informações.

De nada seria válido criar regras se estas não forem devidamente registradas e conhecidas pelas pessoas que trabalham com o tratamento da informação e, também, por aqueles que possuem o direito de acesso a elas. Assim, o controle de acesso tem como finalidade controlar o acesso, de modo a proteger a informação, os sistemas, o equipamento e o ambiente institucional do acesso não autorizado de usuários e/ou funcionários. Aliado a este fim, está a tecnologia da informação, que, conforme Silva e Saldanha (2006, p. 16), tem como objetivo “garantir que as informações estejam disponíveis para usuários e aplicações de maneira eficiente, além de segura”.

Com o propósito de preservar a segurança das informações contidas nos documentos, as instituições adotam medidas para monitorar seu acervo. O controle do acesso pode ser feito por meio do cadastro dos usuários

(identificador de usuário), crachá de identificação (credenciais de autenticação) ou até mesmo pela restrição do espaço do acervo a uso exclusivo dos funcionários autorizados (autorização de acesso) (CÂMARA TÉCNICA DE DOCUMENTOS ELETRÔNICOS, 2006). Um assunto relevante que se refere ao controle de acesso é a classificação da informação quanto ao seu grau de sigilo e, também, a restrição de acesso à informação sensível. As instituições devem atentar ao grau de sigilo das informações e redobrar os cuidados quanto ao acesso. Para isso esses documentos devem estar devidamente contemplados na política de controle de acesso da instituição.

A respeito disso, a Norma ISO 15489-1, em resumo, relata que as instituições devem criar normas ou regras formalizadas que direcionem as restrições, permissões e condições de acesso às informações. As restrições de acesso devem ser aplicadas tanto aos funcionários quanto a usuários externos e necessitam ser revisadas periodicamente, pois podem variar ao longo do tempo. Outra medida que deve ser adotada e cuidadosamente planejada nas instituições é o uso e manutenção de senhas para acesso a sistemas. No caso de sistemas que não possuem senhas individuais ou que tenham senhas de forma conjunta não é possível identificar quem teve acesso às informações. Para que haja a proteção das informações decorrentes do uso de senhas, depende do comprometimento do funcionário e/ou do usuário do sistema. Assim, Campos (2007, p. 186) ressalta que não “adiantará uma senha muito bem elaborada se o colaborador, após fazer o logon (digitar o nome de usuário e senha para ter acesso a um sistema) em um determinado sistema, ausentar-se e deixar o computador logado”.

Sobre o acesso à informação no Brasil, primeiramente, deve-se destacar o artigo 5º, inciso XIV da Constituição Federal Brasileira, que assegura a todos o direito de acesso à informação, resguardando o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional.

No bojo desta discussão apresenta-se a Lei de Acesso à Informação (LAI), Lei 12.527/2011. A LAI regulamenta o direito constitucional de acesso às informações públicas, deixando claro na Seção V, o sigilo das informações relativas a vida privada, honra e imagem das pessoas.

Ao mencionar o acesso de todos à informação como um direito individual, ressalta-se o direito fundamental à informação em saúde, ou seja, o

direito que o usuário de um serviço público de saúde tem de ser informado sobre todos os aspectos que envolvam a sua saúde, e os serviços asseguram o acesso à informação por direito.

Leite (2014), revela entretanto, que somente se pode chamar de “informação” algo que se compreende, isto é, se existe, por parte do sujeito cognoscente, consenso em relação ao seu significado. Caso contrário, não é informação. Outro aspecto que merece destaque refere-se às qualidades, relevância e propósito inerentes ao termo “informação”, já que o sujeito cognoscente busca a informação com determinado objetivo, seja conscientemente ou inconscientemente, necessitando, porém, de mediação humana, pois, o que é informação para um pode não ser para outro.

Sendo assim, a informação, quando mediada pelo profissional de saúde, necessita da adequação à pessoa, uma vez que a informação transmitida a um indivíduo pode não ser entendida por outro da mesma maneira. Assim, Flores (2015) aponta que o usuário ou sujeito cognoscente ressignifica a informação, sintetizando-a e contextualizando-a em sua vivência.

A discussão sobre cada situação deve ser realizada, adaptando-se aos valores e expectativas psicológicas e sociais de cada pessoa, sem se ater a fórmulas padronizadas. Os usuários devem ser, portanto, considerados únicos, não padronizáveis, e o consentimento com a adequada informação deve basear-se não só na escolha de uma melhor alternativa científica, mas na melhor alternativa para aquela pessoa.

Nesse contexto, ressalta-se a importância da mediação pelo profissional de saúde, adotando sempre um padrão subjetivo a cada usuário para que este tenha o acesso cognitivo da informação mediada.

Então, podemos compreender que o direito à informação em saúde se legitima a partir da informação mediada pelo profissional de saúde, permitindo que o paciente se empodere desta informação, gerando conhecimento e, conseqüentemente, possibilitando que exerça sua cidadania. Em relação ao direito à informação, as legislações em vigor estabelecem que o usuário tem direito a receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre seu estado de saúde. Sendo assim, pode se tomar como entrave para a promoção do cuidado integral à saúde: a falta de acesso a informações verdadeiras sobre

sua saúde, apontada como uma dificuldade por usuários, já que gostariam de receber informações verdadeiras e com melhor qualidade.

Em suma, pode-se afirmar que o exercício do direito à informação em saúde é pré-condição para a diminuição da vulnerabilidade e para a promoção do empoderamento do usuário, permitindo que exerça as diferentes possibilidades de escolha relacionadas à sua própria saúde, e, assim, tenha condições de se tornar um dos sujeitos da relação profissional de saúde-usuário.

Quanto ao sigilo do prontuário, observamos que na Carta Magna Brasileira, no mesmo Art. 5, que garante acesso à informação à todos os cidadãos, garante também que “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas”. Ressalta-se que esse artigo foi regulamentado pela LAI, à qual em sua Seção V define o sigilo das informações relativas a vida privada, honra e imagem das pessoas.

Neste bojo encontram-se os prontuários que só podem ser acessados pelo paciente ou por pessoas a quem este autorizar. Neste caso, o médico que realizou um atendimento ambulatorial, ou uma equipe de assistência que prestou serviços numa internação hospitalar possuem acesso ao prontuário, mas as regras sobre sigilo são claras em uma série de leis e portarias. O Conselho de Ética Médica determina que “ao médico é vedado revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.”

O sigilo e a privacidade referem-se à maneira pela qual os profissionais devem tratar as informações colhidas no atendimento. A confidencialidade diz respeito à atitude requerida dos profissionais para lidar com as informações advindas desse relacionamento. Os três atributos – sigilo, privacidade e confidencialidade – são deveres profissionais no manuseio da informação, bem como um direito dos usuários.

Documento sigiloso, segundo o Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística (2004, p. 70) é o documento “[...] que pela natureza de seu conteúdo sofre restrição de acesso.” Nesse sentido, Galvão e Ricarte (2012, p. 97) destacam que “[...] todo ser humano tem direito à privacidade e a confidencialidade das informações relacionadas com a sua própria pessoa.” Ainda segundo os mesmos autores (2011, p. 77):

[...] o direito à privacidade consiste na faculdade que tem cada indivíduo de obstar a intromissão de estranhos na sua vida privada e familiar, assim como de impedir-lhes acesso a informações ou divulgação de informações sobre área da manifestação existencial do ser humano.

Complementando, Galvão e Ricarte (2011) ainda evidenciam que as informações relacionadas à saúde de um paciente somente podem ser reveladas na relação profissional e somente o próprio paciente pode decidir a respeito da divulgação dessas informações. Vale notar, que também o CFM na resolução nº 1.997/2012 “[...] considera que o conteúdo do prontuário, lavrado pelo médico e pertencente ao paciente, é um documento amparado pelo sigilo profissional, respaldado pelo art. 5º, XIV da CF/88.”

Sendo assim, o prontuário do paciente possui a característica de documento sigiloso, pessoal, privado e confidencial, pois em seus registros constam informações pessoais do paciente, tais como: sua identificação completa, sexo, filiação, naturalidade e endereço, assim como, seus exames e os respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico e tratamento. Nele estão registradas todas as informações pessoais referentes aos cuidados médicos e serviços prestados ao paciente, informações a respeito da sua saúde, e a sua intimidade física e mental.

Nesse sentido, segundo o CFM, as informações constantes no prontuário médico caracterizam-no como um documento estritamente sigiloso calcado em dados reveladores e restritos ao paciente e aos profissionais que lhe atendem e prestam o serviço de saúde.

### 3.5 MODERNIZAÇÃO DO REGISTRO EM SAÚDE E GUARDA DIGITAL

Costa (2001), aponta que na década de 60, começaram a surgir os primeiros sistemas de informação hospitalar, inicialmente com a finalidade de comunicação entre as diversas funções do hospital, tais como prescrição médica, faturamento, controle de estoque, etc. No entanto, não havia ainda uma finalidade clínica real.

Logo em seguida, esses sistemas evoluíram e passaram a armazenar algumas partes do prontuário. Em 1969, Lawrence Weed descreveu o Registro Médico Orientado ao Problema (Problem-Oriented Medical Record, POMR), no qual sugeria que todos os registros no prontuário ficassem organizados de

modo a serem indexados por cada problema médico do paciente. Em 1972, o National Center for Health Services Research and Development e o National Center for Health Statistics dos Estados Unidos patrocinaram um congresso com o objetivo de estabelecer uma estrutura para os registros médicos ambulatoriais.

Logo em seguida, começaram aparecer os primeiros sistemas de PEP: COSTAR, Regenstrief Medical Record System (RMRS), The Medical Record (TMR), Summary Time Oriented Record (STOR) e ELIAS (VAN GINNEKEN E MOORMAN, 1997; MCDONALD e BARNETT, 1990). Devido à crescente importância do PEP, o Institute of Medicine dos Estados Unidos encomendou, em 1991, um estudo a um comitê de especialistas com o intuito de definir o Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP, bem como propor medidas para a sua melhoria, em resposta à expansão da demanda por informações, levando em consideração as novas tecnologias. Isso resultou num relatório que também foi publicado como livro: "The Computer-based Patient Record - An Essential Technology for Health Care" que foi um marco na história do PEP, trazendo novos conceitos e organizando toda a informação a respeito do assunto, além de direcionar ações e definir metas para a melhoria dos sistemas de PEP. Esse mesmo livro foi revisado e reeditado em 1997, com novas discussões e uma atualização tecnológica (DICK; STEEN e DETMER, 1997).

A evolução do prontuário eletrônico revela uma participação de profissionais das áreas da informação (arquivistas e bibliotecários), informática e saúde. Há que se destacar que os profissionais da informação sofrem certa resistência nas instituições de saúde e sua participação certas vezes é comprometida em função da falta de percepção dos gestores quanto ao domínio conceitual destes profissionais com relação ao objeto prontuário dissociado de seu suporte, ou seja, em algumas instituições, os profissionais da informação estão associados a imagem de "guardadores de papel". É necessário por parte destes profissionais, realizar uma espécie de demarcação de território, apresentando-se para as ações de desenvolvimento, forçando certas vezes a participação em comissões, trazendo referências, produções acadêmicas e literárias sobre o tema.

Desta forma o PEP insere-se no contexto da SI, observando-se o uso das TIC, propiciando à sociedade acesso ágil e mais informação.

O suporte impresso foi por muito tempo o único dispositivo utilizado para armazenar as informações do prontuário do paciente. Nas últimas décadas o surgimento e o avanço das tecnologias contribuíram para que isso fosse mudando. Mas, como ponto a refletir, percebe-se a necessidade de preservação da informação, garantindo assim a guarda permanente ou até o período que a lei determinar.

Voltando a citar iniciativas governamentais, o governo federal brasileiro lançou o e-SUS Hospitalar. Trata-se de um software de gestão hospitalar completo, desenvolvido em tecnologia Web. Este software tem licença de uso do Ministério da Saúde e substituiu o sistema HOSPUB. O e-SUS Hospitalar tem seu foco no HIS (Hospital Information System) e PEP, além de oferecer uma ferramenta para geração de relatórios, formulários dinâmicos baseados em metadados, painel de indicadores de gestão, sistema de laboratório e Enterprise Resource Planning (ERP). Ele pode atender as demandas de Hospitais Públicos na esfera Federal, Estadual e Municipal, bem como o Projeto S.O.S. Emergências, Unidades de Pronto Atendimento - UPAs e todas as demandas no âmbito do Ministério da Saúde.

A modelização do prontuário eletrônico não é alheio às codificações e classificações geradas nas diferentes esferas das clínicas e da gestão, e os arranjos documentários e biblioteconômicos não pode ser totalmente dissociados da construção da base de dados fatuais e sérias estatísticas (GOMEZ, 2013, p. 56)

No quadro abaixo Massad; Marin; Azevedo Neto (2003), bem como Rondina e Canêo (2014), apontam vantagens na utilização do PEP, enquanto, Mota destaca que alguns autores como Weschler et al (2003) ponderam e, relatam desvantagens. Vejamos:

**Quadro 5 – Vantagens e desvantagens do uso do PEP**

VANTAGENS	DESVANTAGES
Acesso rápido ao histórico dos pacientes.	O PEP depende da existência de software, hardware e de infraestrutura de redes, elétrica, de manutenção.
Disponibilidade remota às informações.	
Compartilhamento das informações por diversos profissionais da saúde	Os investimentos em hardware, software e treinamento dos diferentes usuários do prontuário não são triviais.
Eliminação da duplicidade de dados e pedidos de exames .	O PEP necessita de constante manutenção, atualização e preservação de integridade dos dados, o que requer diferentes abordagens organizacionais e investimentos.
Integração com outros sistemas de informação .	
Processamento contínuo e atualizado de dados.	O uso do PEP requer treinamento, tanto do uso das ferramentas computacionais quanto do software propriamente dito. Este treinamento representa, muitas vezes, a pedra angular para a aceitação e utilização do PEP.
Organização sistemática, objetiva e clara das informações.	
Facilidade na consulta de dados em atendimentos futuros.	Deve-se manter a privacidade dos dados em meio eletrônico; dessa forma, o investimento em segurança deve ser considerado.
Auxílio no processo de tomada de decisão e na efetividade do cuidado.	
Redução no tempo de atendimento.	As dificuldades dos profissionais da saúde que não foram submetidos a um treinamento prévio, no processo de digitação, manutenção da relação médico-paciente na frente de um computador e tempo gasto com a consulta diante de um computador devem ser observadas
Controle de estoques, Redução de custos.	
Fonte de pesquisa clínica e sociodemográfica, estudos epidemiológicos e avaliação da qualidade do cuidado	
Melhoria do planejamento e controle hospitalar	
Eliminação de espaço físico para armazenamento	
Prevenção de erros de diagnóstico, na prescrição e interação de medicamentos	
Maior segurança e sigilo no armazenamento das informações dos pacientes	
Melhoria na qualidade do atendimento	

**Fonte:** Elaborado pelo autor

Outra ferramenta muito importante utilizada na atualidade é o Registro eletrônico de saúde (RES). Segundo a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), trata-se de um repositório de informação a respeito da saúde de indivíduos, processável eletronicamente e que permite armazenamento e compartilhamento de informações. No RES a informação é mais disponível e atualizada, os dados têm maior legibilidade, acurácia e exatidão e, por meio de

sistemas de alerta e apoio à decisão terapêutica associados ao RES, a possibilidade de erro é potencialmente reduzida, aumentando a segurança para o paciente. A obtenção de interoperabilidade semântica entre sistemas de RES é essencial para o futuro dos serviços em saúde.

Já os Sistemas de Registro Eletrônico de Saúde (S-RES), mais conhecidos como S-RES, segundo também a SBIS, são sistemas para registro, recuperação e manipulação das informações de um RES. Além dos componentes que implementam as funcionalidades de um S-RES (componente principal), em geral desenvolvido pela empresa requisitante desta avaliação, podem existir componentes acessórios (ainda que indispensáveis) sobre os quais dependerá a implementação de diversas funcionalidades do sistema. Exemplos típicos são o sistema de gerenciamento de base de dados (SGBD), um componente dinâmico WEB (applet ou activeX), ou ainda um sistema de diretórios (ex. AD, LDAP, etc.) utilizado para armazenar parâmetros dos usuários, papéis e grupos. Um S-RES é o conjunto de todos estes subsistemas e módulos que são necessários para atender os requisitos especificados.

Cabe aqui esclarecer qual é a principal diferença entre sistemas de PEP, mais antigos na literatura da área, e sistemas de RES. De acordo com Garets e Davis (2006), o PEP é composto pelo registro de informação de saúde de um paciente, gerado a partir de eventos ocorridos no processo assistencial em uma única organização de saúde. Um sistema de PEP é um software utilizado para a gestão dessa informação e suporte à decisão. Ele pode ou não alimentar um sistema de RES. Este é também composto pelo registro de informação de saúde de um paciente. Porém, esse registro é elaborado a partir de eventos ocorridos em múltiplas organizações de saúde. É composto de um ou vários repositórios de dados clínicos e demográficos de pacientes. Seus dados são coletados prioritariamente por meio de sistemas de PEP de organizações prestadoras de serviço em saúde. Assim, o RES disponibiliza a informação clínica integrada do paciente para além dos limites de uma organização; normalmente, está sob a guarda de órgãos governamentais e conectado por meio de uma rede nacional de informações em saúde.

O mHealth ou soluções de saúde móvel são tecnologias que também chegaram para ficar. A prestação de serviços de saúde e informações através

de tecnologias móveis e sem fio cresce a cada dia no Brasil. Segundo a OMS, o e-Health é a utilização das TICs na área da saúde, ou seja, consiste em melhorar a informação entre usuários, profissionais e empresas, pelos meios eletrônicos, melhorando a prestação de serviços e a coordenação dos sistemas de saúde.

Dessa forma, o m-Health representa a utilização dos dispositivos móveis para os cuidados com a saúde, abordando também temas como a educação e a assistência social.

A possibilidade de monitoração remota pode reduzir significativamente o número de internações, tempo destas e complicações. As operadoras e as indústrias farmacêuticas vêm desenvolvendo aplicativos dos mais variados, mas o grande interesse social do mHealth é o de possibilitar o enfrentamento e superação das disparidades no acesso aos serviços de saúde, como a inadequação da infra-estrutura ou a falta de recursos humanos para a saúde, além do elevado custo de acesso à saúde e/ou limitações na disponibilidade de recursos financeiros.

A Global System for Mobile Communications (GSMA) anunciou uma pesquisa em 2016 que demonstra a transformação socioeconômica que a adoção da mHealth terá em países como o Brasil e México em 2017. Entre os benefícios estimados estão economia de US\$ 17,9 bilhões em custos (US\$ 14,1 bilhões no Brasil e US\$ 3,8 bilhões no México) e a inclusão ao sistema de saúde de mais de 40 milhões de pacientes. O relatório, desenvolvido pela GSMA, entidade global que representa os interesses das operadoras de serviços móveis em colaboração com a PricewaterhouseCoopers (PwC), aponta para os obstáculos que, hoje, impediriam que a projeção aconteça nos próximos quatro anos.

De acordo com pesquisa, sem uma ação decisiva dos órgãos reguladores e governos em prol da mHealth, apenas 10% dos pacientes que poderiam se beneficiar com a adoção das tecnologias em ambos os países irão fazê-lo. As pressões sobre os recursos de saúde e o crescente peso das doenças crônicas tornam crucial a implantação de soluções inovadoras e de

baixo custo. A mHealth irá aumentar o alcance, a eficiência dos gastos e a eficácia da assistência para prestar serviços de saúde de melhor qualidade a mais pessoas.

Diante de um cenário de tantas mudanças, muitas questões se apresentam: as políticas de governo eletrônico (*e-gov*) estão subordinadas a que interesses? Será necessário cotejar a privacidade/confidencialidade com as políticas de governo eletrônico? O sistema de saúde brasileiro está preparado para receber as transformações tecnológicas que a área de saúde precisa?

A temática abrange um vasto conteúdo que são e serão explorados em outras pesquisas.

### 3.6 LEGISLAÇÃO APLICADA AOS PRONTUÁRIOS E AOS ARQUIVOS

Os documentos se constituem em um elemento central dos atos, manifestos e expressos em todos seus âmbitos, especificamente nas instituições de saúde, isto se fundamenta na confiança no que diz respeito a autenticidade, veracidade e fidedignidade do documento quanto a sua forma e conteúdo. Na defesa dos profissionais de saúde e da instituição onde se trate ao paciente, os prontuários são documentos indispensáveis e de especial relevância em diversos aspetos. Do ponto de vista da legalidade, o prontuário adquire atenção porquanto representa um documento que integra o relacionamento contratual entre o instituição de saúde e seu paciente.

O CFM, através das resoluções 1.638/2002 e 1.639/2002 regulamentam a utilização e formatação do prontuário. A visão de prontuário médico permanece, contudo, seu conceito passa a incluir não somente o documento tradicional em papel, mas também o registro em suporte eletrônico. O Prontuário Médico é definido pelo CFM como: “Documento único, constituído por informações, sinais e imagens registrados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, com caráter legal, sigiloso e científico, utilizado para possibilitar tanto a

comunicação entre os membros de uma equipe multiprofissional como a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.”

A Resolução 22, de 30 de junho de 2005 do Conarq, dispôs sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde. A resolução recomendou às instituições de saúde a criação e implantação de CPAD bem como: a) analisar os conjuntos documentais, determinando os respectivos prazos de guarda e destinação; b) identificar os valores primário e secundário, segundo o seu potencial de uso; considerando por valor primário o uso administrativo para a instituição, razão primeira da criação do documento, e valor secundário o uso para outros fins que não aqueles para os quais os documentos foram criados, podendo ser probatório e informativo; c) estabelecer critérios para análise e avaliação dos documentos e sua destinação final, considerando os requisitos previstos no art. 2º desta resolução; d) elaborar Tabela de Temporalidade e Destinação de Documentos, Listagem de Eliminação de Documentos, Edital de Ciência de Eliminação e Termo de Eliminação de Documentos, quando for o caso, e relatório final da Comissão; e e) revisar, periodicamente, a TTD, em função da produção ou supressão de novos documentos, e da evolução da legislação e dos procedimentos médicos.

Em 2007, o CFM revogou a Portaria 1.639/2002 e através da Portaria 1.821/2007, aprovou 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.

A portaria em síntese, adota o Manual de requisitos mínimos para certificado elaborados em parceria CFM-SBIS. O Processo de Certificação para S-RES-SBIS-CFM segundo a SBIS (2009) destina-se a sistemas que capturem, armazenem, apresentem, transmitam ou imprimam informações identificadas em saúde.

A SBIS divulga e comercializa a certificação, cobrando atualmente R\$ 21.600,00 para a certificação NGS2. Atualmente existem 27 softwares certificados junto a SBIS, com Nível de Garantia de Segurança 2 (NGS2), regulamentado pelo CFM.

Apesar disso a SBIS reconhece que tal certificação não é suficiente para permitir a eliminação do papel, conforme destaca:

A Resolução CFM Nº 1.821/2007, estabelece algumas condições para a eliminação do prontuário em papel como:

[...] que o sistema informatizado ("prontuário eletrônico") atenda aos requisitos da Certificação SBIS-CFM com Nível de Garantia de Segurança 2 (NGS2), ou seja, em linhas gerais, utilize Certificado Digital padrão ICP-Brasil. Portanto, o uso de um S-RES Certificado não constitui, por si só, permissão para a eliminação do prontuário em papel. Por outro lado, o Selo de Certificação confere ao S-RES um parecer técnico qualificado e imparcial acerca de sua conformidade aos requisitos necessários para a eliminação do papel, em atenção à condição definida no Art. 3º da referida Resolução, oferecendo assim maior segurança para que a Comissão de Revisão de Prontuários da instituição de saúde tenha a certeza que o seu S-RES atende aos requisitos do Manual de Certificação e assim possa decidir pela eliminação do papel. (CONSELHO, 2007, p.4)

É relevante ressaltar que o Governo Federal sancionou a Lei 12.682/2012, que dispõe sobre a elaboração e o arquivamento de documentos em meios eletromagnéticos. Este instrumento jurídico deixa claro no seu Art. 6º, que os registros públicos originais, ainda que digitalizados, deverão ser preservados de acordo com o disposto na legislação pertinente. Outro artigo que merece destaque na legislação é o Art. 3º que traz a seguinte redação:

O processo de digitalização deverá ser realizado de forma a manter a integridade, a autenticidade e, se necessário, a confidencialidade do documento digital, com o emprego de certificado digital emitido no âmbito da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP - Brasil. (BRASIL, 2012, p.)

Destes dois artigos denota-se que mesmo com a utilização da ICP-Brasil, os arquivos originais devem ser mantidos.

Fica evidente que a resolução do 1.821/2007 do CFM vai de encontro a Lei 12.682/2012, bem como já ia na contramão da Resolução nº 22 do Conarq, mas continua em vigor. Essa questão traz uma insegurança jurídica às instituições de saúde que por ventura venham a realizar a eliminação de seus documentos tendo como base a Portaria do CFM, pois apesar de acharem que estão amparados, estarão incorrendo num erro que pode trazer consequências irreparáveis.

Santos (2009, p. 230) apresenta uma síntese de discussões e principais recomendações apontadas em dois encontros sobre arquivos médicos promovidos pelo Conarq, entre elas, com referência ao que aqui se discute, destaca-se a existência de um conflito de competência estabelecido entre o Conarq e o CFM na regulação dos prontuários do paciente, recentemente confirmado pela edição da Resolução CFM 1.821/2007. Torna-se desta forma necessário retomar a interlocução com a área médica, especialmente com os conselhos profissionais e garantir a participação do Conarq no processo de certificação dos sistemas de guarda e manuseio do prontuário eletrônico do paciente;

Essa afirmação não quer dizer uma posição contrária ao processo de informatização dos acervos, mas é necessário a cautela, o estudo mais aprofundado, envolvendo profissionais das mais diversas áreas.

Não podemos deixar de reconhecer os valores secundários, bem como extrínsecos dos documentos, revelando características e contexto de uma época. Estudos realizados pelo Grupo de Estudo, Extensão e Pesquisa em Arquivologia e Saúde – Gepas da UFBA revelaram para a sociedade uma vasta e rica documentação da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), primeira faculdade do Brasil. Documentos como esses não podem ser apenas digitalizados, atribuídos Chaves Públicas de Acesso (ICP Brasil) e descartados o original. Tratam-se de documentos relacionados à memória da Medicina Brasileira, desta forma, há que se proceder programas e projetos mais completos do que a digitalização e certificação digital.

O exemplo acima é dado como demonstração, e sabemos que em vários locais deste país com dimensões continentais existem acervos na área de saúde com importante significado histórico-cultural. Desta forma, se encaixa perfeitamente a citação de Freitas (2009), atribuindo a frase a um autor de sua época “O futuro começa no passado”.

Outra base legal que jamais pode ser esquecida, de 8 de janeiro de 1991, é a Lei 8.159/91, que estabelece a política nacional de arquivos públicos e privados. Essa Lei regulamenta a operacionalização dos serviços de gestão de documentos do poder público e dos arquivos privados.

Embora a Lei n. 8.159/91 tenha sido promulgada há mais de 30 anos, até o presente, diversos estados e inúmeros municípios carecem de leis para

regulamentar a política de arquivos em níveis estadual e municipal. A exemplo da LAI, que, no seu primeiro artigo, dispõe que os procedimentos devem ser observados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com o fim de garantir o acesso a informações.

É relevante destacar que essa Lei deverá sofrer em breve algumas alterações em virtude principalmente dos ajustes necessários após a promulgação da LAI, 12.527 de 18 de novembro de 2011.

A LAI é outra Lei que merece destaque. Esta Lei no seu artigo 4º apresenta conceitos arquivísticos, como unidade de registro de informações em qualquer que seja o suporte ou formato (art. 2º da Lei n. 8.159/1991), de autenticidade, integridade, proteção da informação, e garantia da disponibilidade; o inc. 5º do mesmo artigo regulamenta “o tratamento da informação: conjunto de ações referentes à produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transporte, transmissão, distribuição, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação, destinação ou controle da informação”, (diferentemente do que estabelece o art. 3º da Lei n. 8.159/1991). O art. 5º da LAI estabelece como dever do Estado garantir o direito de acesso à informação, que será franqueada, mediante procedimentos objetivos e ágeis, de forma transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão.

Em tempos de produção de documentos em meios digitais, a LAI preocupou-se com a preservação de longo prazo desses documentos, ao estabelecer, no art. 6º, que cabe aos órgãos e entidades do poder público, observadas as normas e procedimentos específicos aplicáveis, assegurar a: “II – proteção da informação, garantindo-se sua disponibilidade, autenticidade e integridade.”

## 4 METODOLOGIA

Esta pesquisa ora apresentada tem como base a pesquisa descritiva na forma documental, visto seu caráter de investigação de fato e fenômeno social, a partir da avaliação de doze sítios eletrônicos de instituições de saúde da área pública e privada, baseando-se numa abordagem quali-quantitativa.

Para a coleta de dados para foram utilizadas técnicas observacionais, que consistem “em um exame minucioso que requer atenção na coleta e análise das informações, dados e evidências”, conforme ensinam Martins e Theophilo (2007, p. 84).

Optou-se pela pesquisa em sítios eletrônicos porque entende-se que este instrumento é reconhecidamente um canal de comunicação entre uma instituição e a sociedade.

E por tratar-se de pesquisas em sítios eletrônicos como método de coleta de dados definiu-se pela observação direta, pois esta dá ao pesquisador a oportunidade de registrar os acontecimentos em tempo real e de retratar o contexto de um evento.

A coleta de dados foi realizada no período entre outubro de 2014 a março de 2015.

Desta forma, com o objetivo de analisar os sites envolvidos neste estudo, foi realizada uma pesquisa qualitativa como já dito anteriormente, na qual os dados foram coletados por meio de uma análise de conteúdo, que, segundo Krippendorff (2004), é uma técnica de pesquisa por meio da qual é possível fazer inferências válidas de textos para os contextos desejados. Para realização da pesquisa, foi elaborado o protocolo de acordo com Luna Fo (1998), detalhado no quadro.

**Quadro 6** – Protocolo de pesquisa

Revisão de literatura	Focou principalmente a questão da abordagem acerca dos prontuários do paciente à luz dos avanços das tecnologias de informação e comunicação, apresentando conceitos e discussões, confrontando idéias.
Questão do estudo	A questão principal do estudo foi uma avaliação dos prontuários e serviços de arquivos médicos a partir da disponibilização de informações em sítios eletrônicos das instituições de saúde.

Seleção da amostra	Como critério de seleção dessas instituições foi adotado o resultado do ranking da Revista America Economia Intelligence em 2012/2013, bem como o nível e o tempo de acreditação hospitalar dessas instituições. Foi realizada considerando-se as 05 instituições de saúde, sendo 03 de SP e 02 do RJ, bem como 07 do estado da Bahia, 05 com nível de Acreditação Plena ONA até 2014, e os 02 melhores hospitais de grande porte do Estado, apontados pelo Prêmio Bahia Benchmarking 2012.
Desenho do estudo	Foi realizado um estudo observacional analítico, pois se tentou avaliar uma situação e seus processos envolvidos. Neste sentido, foram coletadas as principais telas dos sites das instituições que foram analisadas.
Análise dos dados	Utilizou-se a análise de conteúdo, por meio de avaliação a partir de 18 perguntas, como resposta SIM ou NÃO.

**Fonte:** Elaborado pelo autor a partir de Luna Fo (1998).

A técnica utilizada por esta pesquisa na análise de conteúdo foi a análise temática ou categorial por ser a que mais se adaptou à análise do conteúdo dos sites envolvidos neste estudo. Esta escolha é respaldada por Bardin (2011), que afirmou que esse tipo de análise é indicado para situações em que se utilizem peneiras de análise que remetam para uma variável, e que a escolha das unidades de registro e de contexto deve responder de maneira pertinente em relação às características da matéria e em face dos objetivos da análise. Para a coleta dos dados por meio da análise de conteúdo, foram seguidas as etapas descritas por Bardin (2011), que são a pré-análise, a análise do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

#### 4.1 UNIVERSO DA PESQUISA

Foram analisados 12 sítios eletrônicos oficiais de instituições de saúde da área pública e privada no Brasil.

Como critério de definição do universo das instituições a serem pesquisadas, buscou-se encontrar 05 hospitais de reconhecido nível de excelência no país e os hospitais de reconhecido nível no estado da Bahia. Entende-se que por serem considerados desta forma, essas instituições possam vir a possuir um sítio eletrônico completo e robusto.

Quando analisados os resultados de instituições de saúde com Acreditação Hospitalar da Organização Nacional de Acreditação - ONA e Joint

Comission International - JCI, as principais Organizações de Acreditação Hospitalar atualmente no Brasil, verificamos que São Paulo é o estado que concentra maior número de hospitais com certificações e padrões de excelência, o Rio de Janeiro vem em segundo lugar. Desta forma adotou-se na pesquisa a seleção de 03 instituições de São Paulo e 02 instituições do Rio de Janeiro. Como critério de seleção dessas instituições foi adotado o resultado o ranking da Revista America Economia Intelligence em 2012/2013, bem como o nível e o tempo de acreditação hospitalar dessas instituições.

A Bahia foi escolhida como universo de pesquisa por ser o estado de origem desta Dissertação. Como critério de seleção foram escolhidas as 05 instituições baianas com nível de Acreditação Plena ONA até 2014, e os 02 melhores hospitais de grande porte do Estado, apontados pelo Prêmio Bahia Benchmarking 2012, reconhecida premiação entre profissionais e instituições de saúde do estado da Bahia.

As instituições de saúde de grande porte escolhidas foram:

Em São Paulo:

Hospital Alemão Oswaldo Cruz - <http://www.hospitalalemao.org.br/default.aspx>

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein -  
<https://www.einstein.br/Pages/Home.aspx>

Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês -  
<https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/Paginas/default.aspx>

No Rio de Janeiro:

Hospital Copa'Dor - <http://www.copador.com.br/>

Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad – INTO -  
<https://www.into.saude.gov.br/>

Na Bahia:

Hospital Aliança - <http://www.hospitalalianca.com.br/>

Hospital da Bahia - <http://www.hospitaldabahia.com.br/>

Hospital Jorge Valente - <http://www.promedica.com.br/rede-referenciada/hospital-jorge-valente/>

Hospital Português - <http://www.hportugues.com.br/>

Hospital Santa Izabel - <http://www.hospitalsantaizabel.org.br/>

Hospital São Rafael - <http://www.portalhsr.com.br/>

Hospital do Subúrbio - <http://www.prodalsaude.com.br/>

#### 4.2 PROCEDIMENTOS ADOTADOS

Para a investigação foi elaborado um formulário igual para todas as instituições. Este instrumento foi preenchido pelo pesquisador através da verificação de informações nos sites eletrônicos das instituições de saúde pesquisadas.

As instituições terão suas identidades preservadas e serão apresentadas nos resultados como INSTITUIÇÃO A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, L, M. Por tratar-se de dados divulgados nos sítios oficiais, sub-entende-se que são para conhecimento geral, não necessitando de autorização para serem divulgados, quando preservadas as questões de sigilo e que não prejudiquem a imagem das instituições pesquisadas. A pesquisa tem interesse acadêmico e seus resultados não tem a intenção de gerar conteúdo jornalístico ou de repercussões econômicas e financeiras.

No formulário foram elencados os seguintes questionamentos:

O sítio eletrônico da instituição de saúde tem:

- 1) Área reservada (link, canal, caixa) para o SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística, ou outro setor com nomenclatura ou atividades similares?
- 2) Informações sobre serviços procedimentos relacionados ao prontuário do paciente (como pedido de cópias ou orientações)?
- 3) Área para acesso ao PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente para equipe clínica?
- 4) Área para acesso ao PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente para pacientes ou terceiros?

- 5) Área para acesso de pacientes a resultados de exames, marcações, entre outros?
- 6) Informações sobre implantação de prontuário eletrônico?
- 7) Divulgação de cursos e/ou eventos relacionados ao prontuário do paciente ou ao serviço de arquivo?
- 8) Link para legislação sobre prontuário do paciente?
- 9) Informações claras sobre as orientações do CFM quanto ao prontuário do paciente?
- 10) Informações sobre a existência de Comissão de Revisão de Prontuário?
- 11) Informação sobre a existência de outras comissões relacionadas ao prontuário?
- 12) Algum documento norteador para as ações da instituição de saúde (Planejamento, Programa, Plano de ação)?
- 13) Em caso afirmativo da questão 12, esse documento trata em algum aspecto sobre o prontuário do paciente?
- 14) Algum projeto ou programa desenvolvido pela instituição de saúde?
- 15) Em caso afirmativo da questão 14, esse documento trata em algum aspecto sobre o prontuário do paciente?
- 16) O sítio possui campo de pesquisa?
- 17) Em caso afirmativo da questão 16, ao pesquisar a palavra prontuário, aparecem referências diretas ao tema?
- 18) Em caso afirmativo da questão 16, ao pesquisar a palavra arquivo, aparecem referências diretas ao tema?

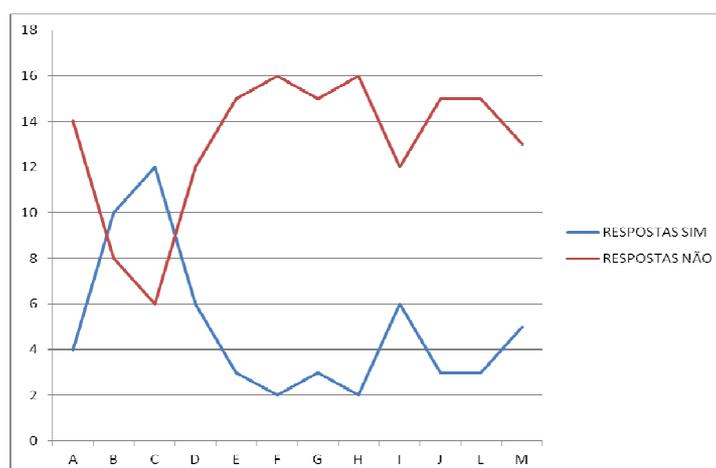


10 - Informações sobre a existência de Comissão de Revisão de Prontuário?	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM
11 - Informação sobre a existência de outras comissões relacionadas ao prontuário?	NÃO											
12 - Algum documento norteador para as ações da instituição de saúde (Planejamento, Programa, Plano de ação)?	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
13 - Em caso afirmativo da questão 12, esse documento trata em algum aspecto sobre o prontuário do paciente?	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO							
14 - Algum projeto ou programa desenvolvido pela instituição de saúde?	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
15 - Em caso afirmativo da questão 14, esse documento trata em algum aspecto sobre o prontuário do paciente?	NÃO	SIM	SIM	NÃO								
16 - O sítio possui campo de pesquisa?	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO						
17 - Em caso afirmativo da questão 16, ao pesquisar a palavra prontuário, aparecem referências diretas ao tema são apresentadas?	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
18 - Em caso afirmativo da questão 16, ao pesquisar a palavra arquivo, aparecem referências diretas ao tema são apresentadas?	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO

**Fonte:** Próprio autor

Os resultados da Tabela 1 revelam as respostas das instituições pesquisadas. Para manter o sigilo, definiu-se aleatoriamente a escolha de uma letra para representar cada uma destas instituições, não tendo qualquer referência com ordem alfabética ou outro critério. A instituições estão ordenadas de A a M, perfazendo um total de 12 (doze).

O gráfico 1 diagnostica com clareza a situação das respostas encontradas.



**Gráfico 1** – Respostas aos questionamentos

**Fonte:** dados da pesquisa

Nota-se como resultado da pesquisa uma forte predominância de respostas negativas, ou seja, os sítios oficiais eletrônicos em sua maioria, não possuem em sua estrutura os itens arguidos.

As instituições B e C apresentaram os melhores resultados, 66,67% e 55,55% respectivamente.

Em relação a Instituição A nota-se que apenas 04 respostas foram positivas aos itens questionados. Dos 18 itens, em apenas 22,22%, a instituição revelou-se eficiente no que tange a abordagem de conteúdo informacional voltado para questões relacionadas a informação sobre prontuário do paciente.

Nota-se que a Instituição A respondeu SIM a área de acesso de pacientes a resultados de exames, a informações claras sobre prontuário do paciente, projeto desenvolvido pela instituição e campo de pesquisa/busca. Revela-se aqui que a instituição pode a partir desses itens preparar mudanças pontuais no sítio no intuito de incorporar outros pontos que considere importante.

A Instituição B, segundo melhor resultado da pesquisa, demonstrou força nos aspectos relacionados a prontuário eletrônico, projetos e programas na instituição, mas ainda tem lacunas relevantes na divulgação dos trabalhos da Comissão de Revisão de Prontuário e também em relação ao arquivo.

A Instituição C, detentora do melhor resultado da pesquisa, 66,67% das respostas positivas, demonstra o grau de avanço na utilização de recursos das tecnologias da informação e comunicação, bem como de projetos e programas. Como ponto fraco merece destaque a falta de divulgação da legislação sobre prontuário do paciente e falta de informações claras sobre orientações quanto ao uso do prontuário.

A Instituição D, como 1/3 das respostas positivas revela que precisa incorporar iniciativas relacionadas, ao menos de divulgação, relacionadas a sua equipe de trabalho na área de arquivo, comissões, e com o prontuário em geral. No entanto, a instituição disponibiliza acesso a resultados de exames, campo de busca, área para acesso da equipe de saúde ao PEP, ficando claro o interesse mercadológico com o uso de ferramentas atrativas.

A Instituição E apresenta apenas 16,67% das respostas positivas. Somente ações de planejamento, programas e projetos desenvolvidos e campo de pesquisa foram encontrados. O sítio, apesar de aparentemente possuir uma grande gama de conteúdo, revelou-se voltado a públicos específicos.

Mesmo resultado se apresentação para as instituições G, J e L, apenas 03 respostas positivas as questionamentos. A Instituição G apresenta

informações sobre prontuários eletrônicos, possui campo de busca, e nesse campo consegue-se identificar assuntos coma palavra prontuário.

Caso parecido com a Instituição L, que tem em suas respostas positivas esses dois últimos elementos, mas difere no primeiro, já que a respostas positiva foi sobre o resultado de exames online. A Instituição J, também disponibiliza resultado de exames, mas traz informações sobre serviços, como cópias de prontuários, bem como aponta ações de sua Comissão de Revisão.

A Instituição F revelou juntamente com a Instituição H o pior resultado da pesquisa. Apenas 02 respostas positivas aos questionamentos elaborados. A primeira apresentou somente campo de busca e área para resultados de exames, e a segunda área para informações sobre o SAME, bem como para a comissão de revisão de prontuário, apesar de básicas.

As respostas da Instituição I revelaram-se 33,33% positivas, destacando-se a divulgação de cursos e/ou eventos relacionados ao prontuário, bem como a disponibilização de campo de pesquisa/busca, tendo em seus assuntos tanto prontuário, quanto arquivo. Constam também como positivas as informações sobre a implantação de prontuário eletrônico, e sobre a comissão de revisão de prontuário.

Por fim, a Instituição M responde a 05 questões positivamente, as duas primeiras perguntas, área reservada para informações do Same, mesmo que breves, e informações sobre procedimento do setor como cópias de prontuário. Ainda revela informações sobre a comissão de revisão de prontuário, campo de pesquisa/busca, tendo em seus assuntos a palavra prontuário.

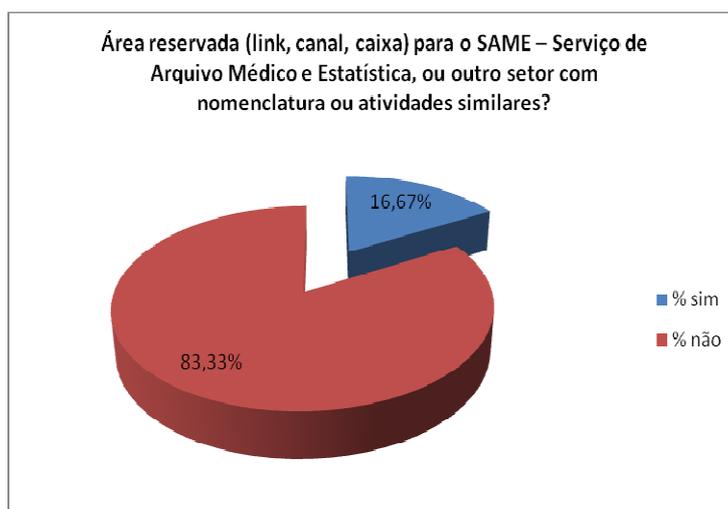
## 5.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS POR QUESTIONAMENTOS

No Gráfico 2 podemos perceber que 83,33% dos 12 sítios pesquisados não possuem área reservada para informações sobre o SAME. Apenas 02 sítios possuem botões específicos que ao serem clicados, são remetidos para informações sobre os serviços de arquivo da instituição de saúde. Ainda assim tratam-se de informações muito básicas, apenas sobre o objetivo do setor, ou os serviços pontuais por ele realizado.

Infere-se desta forma que ao menos nos sítios eletrônicos das instituições, os setores responsáveis pela guarda e disponibilização do acesso

do principal instrumento de informação na área de saúde, o prontuário do paciente, não gozam de prestígio, ou ainda podemos inferir, que não foram considerados como relevantes os seus serviços para serem disponibilizados na rede mundial de computadores. Outra análise que pode daqui decorrer é a perda de espaço destes setores para a área de TI, visto que por várias instituições já possuem registros eletrônicos, a existência do Setor de Arquivo, seja ela com qualquer que seja a nomenclatura, tornou-se obsoleta.

Há ainda no campo profissional possíveis fatores que justifiquem esse resultado, como a falta de força política dos funcionários ligados ao setor, para promoverem a visibilidade deste internamente na instituição a tal ponto que esta passe a valorizar as ações e possa assim publicizá-las, bem como a falta de preparo destes profissionais, no tocante a noções de planejamento e relevância do setor para o conjunto de serviços da instituição.



**Gráfico 2** – Respostas a Pergunta 1 - Área reservada (link, canal, caixa) para o SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística, ou outro setor com nomenclatura ou atividades similares?

**Fonte:** próprio autor

O Gráfico 3 revela que 05 das 12 instituições pesquisadas possuem em seus sítios oficiais informações acerca de procedimentos para pedidos de cópias de documentos e orientações ao paciente, e seus familiares.

Este ponto é fundamental para a garantia dos direitos do paciente. O Código de Ética Médica, Resolução 1.931/2009 CFM, veda ao médico no seu

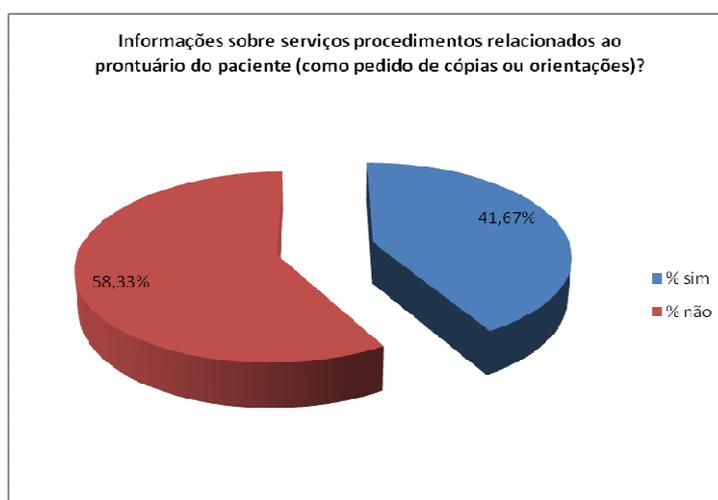
Art. 88. negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.

A Constituição Federal do Brasil, em seu Art. 5, Inciso XIV determina que é direito de todos o acesso à informação, e a Lei de Acesso à Informação, 12.527/2011 que regulamenta tal dispositivo constitucional dispõe das normativas para tal acesso, colocando o sigilo como exceção, e o acesso como regra.

No caso dos prontuários, o sigilo precisa ser respeitado, visto que as informações constantes em tal instrumento são de natureza privada e individual, e só ao paciente, ou há quem este autorizar pode ter acesso.

O fato é que a grande maioria da população não tem informação sobre o direito de acesso ao prontuário. As pessoas não sabem que podem solicitar cópia do documento para os mais diversos fins, especialmente o acompanhamento de tratamento médico, podendo este ser levado para futuros atendimentos em outras instituições afim de orientar melhor uma equipe clínica que não conhece o histórico do paciente, bem como fonte comprobatória do atendimento, para fins de possíveis comprovações judiciais ou extrajudiciais, em caso de erro médico ou mal tratamento.

Neste aspecto o resultado de apenas 41,67% das instituições apresentarem orientações revela um despreparo ou desinteresse destas na criação de mecanismos para o acesso a informação.



**Gráfico 3** – Respostas a Pergunta 2 - Informações sobre serviços procedimentos relacionados ao prontuário do paciente (como pedido de cópias ou orientações)?

**Fonte:** próprio autor

Ainda sobre a divulgação de orientações ao paciente ou responsável, temos a Tabela 2 abaixo que demonstra que dos sítios oficiais das 02 instituições públicas pesquisadas, 01 possui orientações, outra não. Outro detalhe interessante na tabela, é que apesar de uma instituição privada ter o link para orientações, este encontra-se inativo (offline), desta forma não podendo ser considerado como válido.

	NÃO	SIM	OFF-LINE	TOTAL
<b>Instituições Públicas</b>	1	1	0	2
<b>Instituições Privadas</b>	5	4	1	10

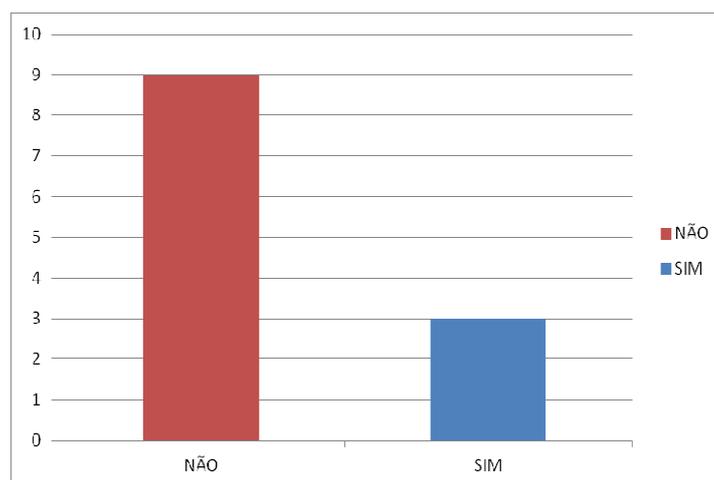
**Tabela 2** - Informações sobre serviços procedimentos relacionados ao prontuário do paciente (como pedido de cópias ou orientações) – Instituições Públicas e Privadas

**Fonte:** próprio autor

Neste questionamento apontado abaixo pelo Gráfico 4 buscou-se averiguar o estágio de desenvolvimento em que os hospitais encontram-se com relação ao uso do Prontuário Eletrônico. É fato que alguns dos hospitais pesquisados podem possuir o PEP e não utilizar o sítio oficial para acesso, certas vezes por receio a alguma invasão de sistema, seja por dificuldades técnicas ou ainda qualquer outro argumento. Mas, com a pesquisa realizada fica evidenciado que apesar do forte apelo comercial das empresas detentoras de licenças de softwares de prontuários, as instituições só aos poucos estão adotando esses modelos 100% digitais, conforme discutido no capítulo sobre aspectos legais.

A pesquisa revela que 25% das instituições de saúde avaliadas disponibilizam acesso aos prontuários eletrônicos através dos sítios oficiais. Acredita-se que este número seja ainda mais baixo se analisadas instituições de menor porte. A tendência é uma ampliação da utilização desses recursos, a partir da consolidação e maturação dos processos de implementação e das garantias legais.

Identifica-se também nesta seção que as instituições públicas pesquisadas não possuem área de acesso para o PEP nos sítios eletrônicos. E também que nenhuma das instituições do estado da Bahia contam com tal recurso no sítio oficial. Portanto, as 03 instituições com o recurso estão situadas nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro.



**Gráfico 4** – Resposta a pergunta 3 - Área para acesso ao PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente para equipe clínica?

**Fonte:** próprio autor

A Tabela 3 revela que apenas uma das 12 instituições pesquisadas disponibilizam que o paciente possua acesso a seu prontuário através do sítio eletrônico. O acesso é feito através de senha pessoal e intransferível.

Este procedimento é pioneiro no Brasil e uma tendência, já que corrobora com a concepção de ampliação do acesso à informação, transparência no atendimento e contribuirá sobremaneira com o tratamento, e acompanhamento da evolução clínica do paciente e talvez um banco de dados correlacionado para apoio à pesquisa e tratamento de doenças para toda sociedade, obviamente garantido o sigilo de dados pessoais. Esta realidade não parece tão distante frente a tantos avanços tecnológicos que vivemos.

Há que se destacar a necessidade de definição de políticas de segurança para acesso, uso e preservação da informação. A questão ética acerca do sigilo do prontuário merece atenção.

Perguntas	Instituições pesquisadas												
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	L	M	
4 - Área para acesso ao PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente para pacientes ou terceiros?	NÃO	NÃO	SIM	NÃO									

**Tabela 3** – Resposta a pergunta 4 - Área para acesso ao PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente para pacientes ou terceiros?

**Fonte:** próprio autor

O gráfico 5 revela que 50% das instituições possuem ferramentas para acesso do paciente a resultados de exames, laudo, marcação de consultas, entre outros. Estes dados demonstram a busca das instituições por uma maior relação com o usuário no meio digital, proporcionando-lhe maior comodidade e eficácia. Os resultados de exames disponibilizadas pela internet são frequentes em laboratórios de análises clínicas. Os hospitais buscaram aperfeiçoar mais a ferramenta incorporando outros tipos de exames, dicas e informações para o paciente quanto a saúde e qualidade de vida.

Este mecanismo também é tendência e está reduzindo de forma significativa a impressão deste tipo de documento nas instituições. Talvez alguns instituições ainda não tenham realizado estudos para perceber a importância de seu sítio no relacionamento com os pacientes.

Acredita-se que seja um atrativo, ou ainda melhor, um diferencial institucional possuir um sítio com conteúdo diretamente relevante ao paciente, que facilite a informação e apoie no tratamento.



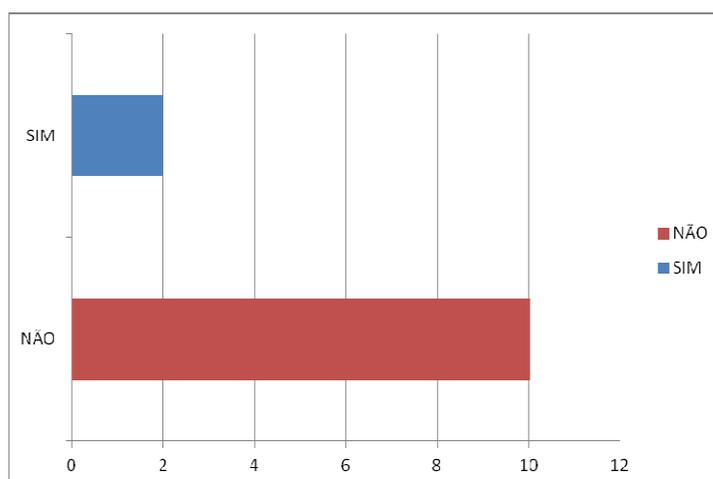
**Gráfico 5** – Resposta a pergunta 5 - Área para acesso de pacientes a resultados de exames, marcações, entre outros?

**Fonte:** próprio autor

O Gráfico 6 demonstra que 33,33% das instituições apresentam informações sobre prontuário eletrônico. Entendemos que este resultado traduz se comparado ao resultado verificado no Gráfico 4, em que 25% das instituições possibilitam acesso das equipes de saúde aos prontuários, uma lógica acerca do estágio de implantação do prontuário eletrônico.

Denota-se que diversos projetos estão em andamento nas instituições de saúde, mas não são revelados até que consubstanciados por tratar-se de uma ferramenta que estando seu desenvolvimento em curso, não traz resultados práticos sua divulgação, mas quando em execução, torna atrativa para o paciente a informação que tal instituição possui a tecnologia que permita, pelo menos é o que se imagina, melhores resultados no acompanhamento da evolução clínica.

O resultado encontrado demonstra também que as instituições não divulgam produções como periódicos, dissertações ou projetos acerca dos prontuários eletrônicos ou temas correlacionados, o que de certa forma, apresenta um interesse focado ao resultado do negócio e não ao desenvolvimento da área como um todo.



**Gráfico 6** – Resposta a pergunta 6 - Informações sobre implantação de prontuário eletrônico?

**Fonte:** próprio autor

O percentual de 16,67%, revelado pelo Gráfico 7, mostra que é incipiente o número de sítios que apresentam informações sobre cursos ou eventos relacionados a prontuários médicos. Verificamos, no entanto, que várias instituições possuem inclusive programas de especialização, mestrado e doutorado nas mais diversas áreas da saúde, medicina, enfermagem. Mas, cursos relativos a gestão de prontuários, inclusive auditoria destes, não parecem ser destaque. Talvez por falta de procura ou por falta de iniciativa da própria instituição. O motivo não é possível aferir.

O fato é que os profissionais que trabalham em arquivos de instituições de saúde precisam demandar junto aos seus gestores e chefias imediatas. Está evidente a necessidade de informação e conhecimento para produção de melhores resultados.

Não ficou evidenciada a divulgação também de cursos em outras instituições, o que seria interessante no sentido da cooperação e intercâmbio.



**Gráfico 7**– Reposta a pergunta 7 – Divulgação de cursos e/ou eventos relacionados ao prontuário do paciente ou ao serviço de arquivo?  
**Fonte:** próprio autor

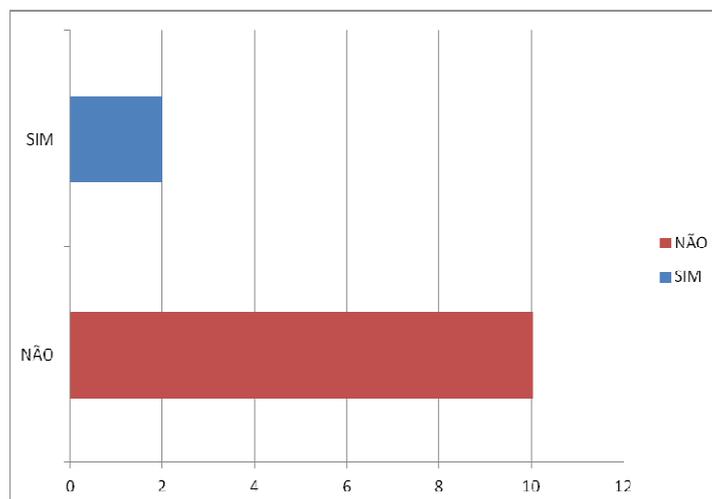
**Pergunta nº 8** - O sítio eletrônico da instituição de saúde tem link para legislação sobre prontuário do paciente?

Nenhuma instituição disponibiliza a divulgação de legislação acerca do prontuário do paciente. Esse é um ponto muito negativo para a transparência e para a informação do cidadão quanto a seus direitos.

Nem mesmo as portarias e resoluções do CFM, ou de outros conselhos, nem regimentos internos fazendo referência aos prontuários.

A resposta à pergunta 9, revelada pelo Gráfico 8, demonstra que apenas 02 instituições apresentaram nos seus links informações ou orientações quanto ao prontuário do paciente.

Esse retrato revela, assim como o item anterior, que é preciso encontrar meios para demonstrar às instituições de saúde a importância da divulgação de informações para os pacientes. Orientações quanto ao uso e acesso ao prontuário do paciente pode ser considerada básica para uma maior participação do paciente em seu processo curativo.



**Gráfico 8** – Resposta a pergunta 9 - Informações claras sobre as orientações do CFM quanto ao prontuário do paciente?

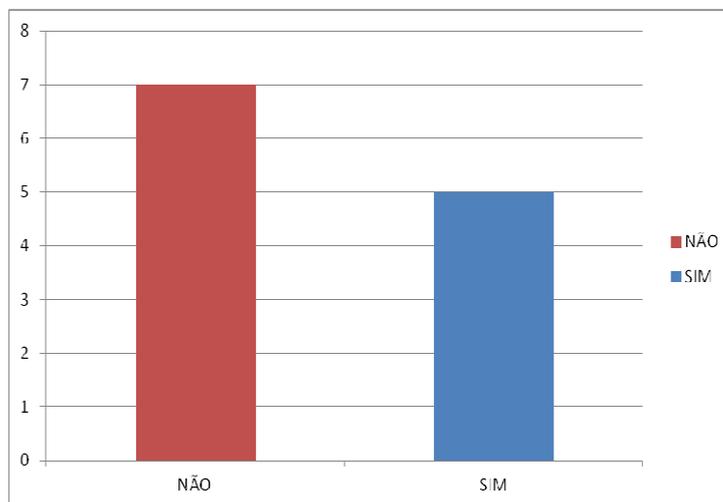
**Fonte:** próprio autor

O Gráfico 9 demonstra que 5 das 12 instituições pesquisadas apresentam informações sobre a existência de Comissão de Revisão de Prontuários, o que corresponde a 41,67% dos pesquisados.

Vimos no tópico 3.2 desta Dissertação a relevância das comissões para a gestão hospitalar e assistência à saúde.

Estas respostas demonstram que as instituições de saúde podem divulgar mais o trabalho destas comissões. Tornar público seus resultados contribuindo com a transparência das ações e proporcionando o controle social.

Já o resultado da pesquisa, focando só a Bahia revela que o percentual de instituições que divulgam a existência de suas comissões passa para 71,42%.



**Gráfico 9** – Resposta a pergunta 10 – Informações sobre a existência de Comissão de Revisão de Prontuário?

**Fonte:** próprio autor

**Pergunta 11** - O sítio eletrônico da instituição de saúde tem informação sobre a existência de outras comissões relacionadas ao prontuário?

Nenhuma instituição informou da existência de outras comissões relacionadas ao prontuário.

Outro ponto negativo para a transparência da instituição. Além disso, a falta de divulgação de ações de Comissões é ponto desmotivacional para os participantes, que geralmente ou participam de forma voluntária, ou compulsória por indicação da chefia, e não tem qualquer benefício por estar participando.

O gráfico 10, abaixo apresentado, aponta para mais um resultado negativo das instituições. Programas e Planejamento deveriam ser documentos disponíveis para o público. A partir da disponibilização destes é possível o paciente perceber as ações que vem sendo realizadas para a constante melhoria do atendimento ou ainda aquelas que diferenciam as instituições e que pode servir de justificativa a uma tomada de decisão.

Não trata-se aqui de revelar pontos sigilosos de um planejamento estratégico ou planos de ação de combate a um concorrente, mas sim, das linhas gerais de atuação de uma instituição.



**Gráfico 10**– Resposta a pergunta 12 - Algum documento norteador para as ações da instituição de saúde (Planejamento, Programa, Plano de ação)?  
Fonte: **próprio autor**

**Pergunta 13** - Em caso afirmativo da questão 12, esse documento trata em algum aspecto sobre o prontuário do paciente?

Apenas 01 instituição apresentou o prontuário no seu planejamento ou plano de ação.

Esta questão converge com a anterior, o fato de apenas uma instituição divulgar que possui em programas ou planejamento informações a cerca do prontuário é um alerta para os gestores de saúde. Torna-se necessário um intenso trabalho de ajuste e acompanhamento de ações nesta área, pois pode-se inferir, que sem planejamento não há resultado positivo.

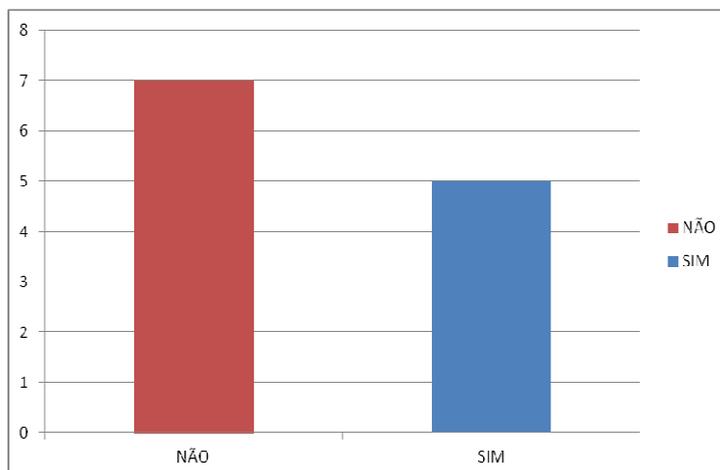
O Gráfico 11 revela que 41,67% das instituições possuem divulgados programas ou projetos que desenvolvem. Trata-se de um número considerado pequeno, visto que as instituições pesquisadas são referências no atendimento assistencial, bem como no campo da pesquisa médica.

A falta de publicidade de programas revela ou que esses não vem sendo realizados, ou não divulgados.

Dentro de um contexto em que a informação é poder, parece que as instituições não vislumbram as perspectivas que se abrem quando da divulgação de informações relevantes.

Há que se destacar que as duas instituições públicas pesquisadas tem em seus sítios informações de projetos e programas.

Um dado negativo é que no estado da Bahia, apenas a instituição pública pesquisada apresentou programas e projetos divulgados.

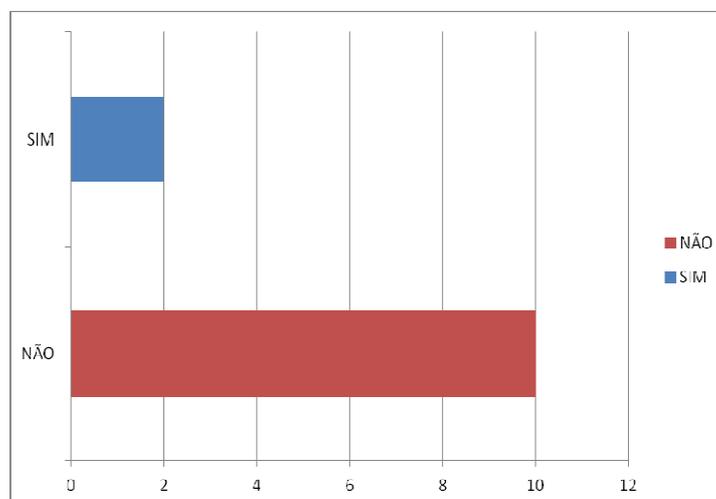


**Gráfico 11** – Resposta a pergunta 14 - Algum projeto ou programa desenvolvido pela instituição de saúde?

**Fonte:** próprio autor

O gráfico 12 destaca que apenas 16,67% das instituições pesquisadas, demonstraram via sítio oficial, que possuem projetos ou programas envolvendo o prontuário do paciente, é o que revela o gráfico 12.

Outro detalhe é que nenhuma das instituições públicas apresentaram projetos ou programas com informações sobre a temática em discussão.



**Gráfico 12** - Resposta a pergunta 15 - Em caso afirmativo da questão 14, esse documento trata em algum aspecto sobre o prontuário do paciente?

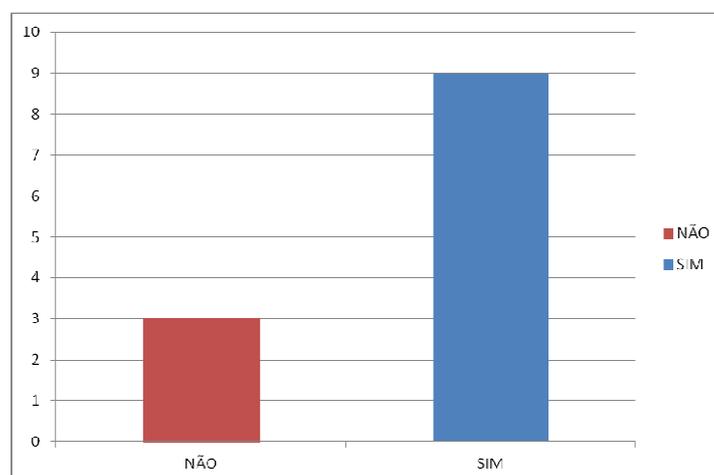
**Fonte:** próprio autor

No Gráfico 13, 75% das instituições pesquisadas revelaram possuir no seu sítio eletrônico campo de pesquisa ou de busca para que o usuário possa encontrar algum tipo de informação.

Este dado se revela animador, visto que o campo de busca, se bem organizado e alimentado, possibilita ao usuário ou paciente, a pesquisa por uma série de terminologias que se encontradas no sítio, contribuem com a produção do conhecimento do interessado, ou às vezes apenas com uma informação curiosa.

Esse percentual na Bahia se revela menor, apenas 40% das instituições possuem os campos de busca.

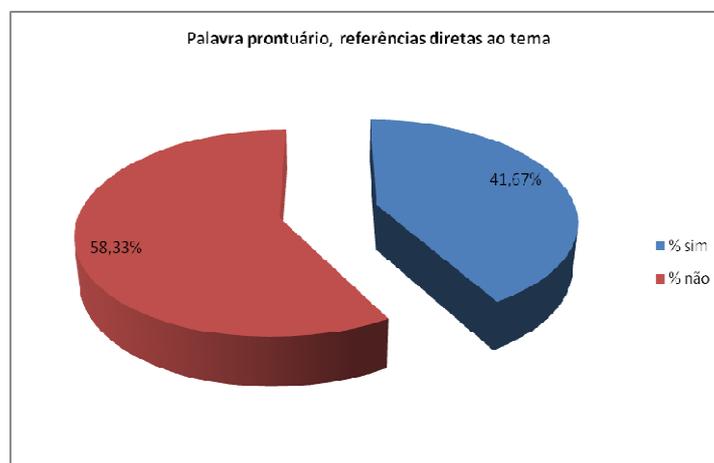
Notou-se também que os campos certamente são alimentados por informações das mais diversas e generalistas. Imagina-se que um público que pesquisa informações num sítio tão específico, busca por informações relacionadas a saúde e as variáveis de campo.



**Gráfico 13** – Resposta a pergunta 16 - O sítio possui campo de pesquisa?  
**Fonte:** próprio autor

Cinco (5) instituições de saúde apresentaram em seu campo de busca, resultados para a palavra prontuário. É o que demonstra o Gráfico 14. Trata-se de um número até razoável se analisados outros questionamentos da mesma pesquisa.

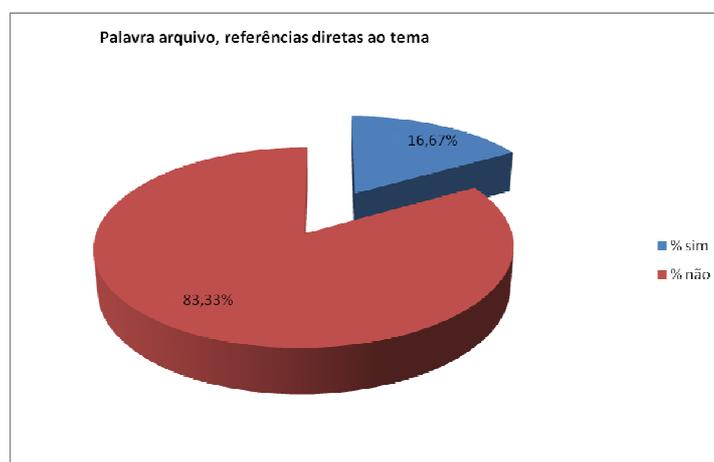
Os assuntos encontrados são de natureza diversa. Infere-se portanto que tal pesquisa demonstra a existência de conteúdo da área, mas precisam ser divulgados.



**Gráfico 14** – Resposta a pergunta 17 - Em caso afirmativo da questão 16, ao pesquisar a palavra prontuário, aparecem referências diretas ao tema?  
**Fonte:** próprio autor

O resultado do Gráfico 18, de apenas 16,67% das instituições apresentarem a palavra arquivo quando os assuntos são filtrados na pesquisa, denotam a necessidade da apresentação de uma maior produção informacional sobre o tema.

Neste caso, nem as instituições públicas corroboram com um resultado melhor. Nenhuma delas apresentou resposta positiva ao questionamento.



**Gráfico 15** – Resposta a pergunta 18 - Em caso afirmativo da questão 16, ao pesquisar a palavra arquivo, aparecem referências diretas ao tema?  
**Fonte:** próprio autor

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa consolida a ideia de que muito há que se fazer na sensibilização dos gestores das instituições públicas e privadas no tocante ao arquivo de sua instituição de saúde. Trata-se da necessidade de definir políticas que possibilitem o melhor uso da informação e dados obtidos e trabalhados neste setor com os objetivos centrais voltados à melhoria da atenção à saúde, no cumprimento da legislação e na modernização dos serviços para a constante busca da qualidade nos serviços prestados.

Espera-se que esta pesquisa contribua com a melhoria dos sítios das instituições pesquisadas, bem como aquelas que não fizeram parte da amostra da pesquisa e que por algum motivo tenham acesso a este conteúdo.

De fato, a ITIS não é tema ainda prioritário para os gestores, que são razoavelmente atendidos pelos sistemas atuais, nas suas demandas mais comuns: financiamento, produção assistencial, suprimento de insumos, epidemias de doenças transmissíveis, entre outras. A instabilidade da gestão da saúde desvia a atenção dos gestores de responsabilidades de médio e longo prazo, que exigem mais investimento em planejamento e em informação.

Com a realização deste estudo ficou claro, no tocante a área de informação em saúde, que as instituições precisam avançar minimamente nos seguintes aspectos:

- 1) Disponibilizar em seu sítio eletrônico área reservada ao SAME ou outro setor com nomenclatura ou atividades similares para que possa ser divulgados os serviços realizados tanto para o cliente interno, quanto para o externo, bem como incentivar práticas de informação em saúde;
- 2) Tornar acessível ao público de forma digital, ferramentas que dêem agilidade a pedidos de cópias ou orientações corriqueiras;
- 3) Facilitar o acesso ao PEP para equipe clínica e pessoas devidamente autorizadas, tais como os próprios pacientes, com senhas individuais e nível de segurança de acesso;

- 4) Implementar nos sítios, áreas para acesso de pacientes a resultados de exames, marcações, entre outros, visando dar maior agilidade ao atendimento e evoluções e satisfação ao cliente;
- 5) Realizar e divulgar cursos e/ou eventos relacionados ao prontuário do paciente ou ao serviço de arquivo, tanto para os funcionários internos, quanto para o público em geral;
- 6) Prestar informações claras sobre as orientações do CFM quanto ao prontuário do paciente, bem como disponibilizar a legislação nacional vigente e ainda perguntas freqüentes acerca do tema;
- 7) Divulgar informações sobre a existência de Comissão de Revisão de Prontuário entre outras comissões relacionadas ao tema, revelar seus objetivos, procedimentos, resoluções e atas de reunião;
- 8) Divulgação do planejamento, programas, e plano de ação para a área de arquivo das instituições de saúde, bem como projetos desenvolvidos pelo setor;
- 9) Possibilitar nos sítios campos para pesquisa com conteúdo informacional relevante sobre temas diversas, especialmente relativos a informação em saúde e para a saúde.

Há que se destacar de fato a existência de desafios e mudanças culturais enfrentados no desenvolvimento das soluções. Sob o ponto de vista técnico, o desafio da interoperabilidade e a natureza complexa e dinâmica das informações em saúde, fazem seu desenvolvimento ser mais árduo do que o de outros sistemas de informação (NARDON, 2002).

Os vocabulários utilizados na área médica são complexos, às vezes não estruturados, podendo assumir variações regionais e entre especialidades médicas. Os requisitos de segurança e confidencialidade são amplos e os sistemas devem ser auditáveis, possibilitando saber quem acessou, que tipo de transação foi realizada, quando e de onde o prontuário foi acessado. É nesse cenário desafiador que, por exemplo, os sistemas de RES devem interoperar com outros sistemas, tratando a informação estruturada e não estruturada, em diferentes formatos e volumes, mantendo sua completa rastreabilidade.

O objetivo geral desta pesquisa foi investigar o uso e importância do prontuário do paciente em instituições de saúde, através da publicação de atos ou informações nos sítios eletrônicos oficiais destas, tendo como objetivos específicos:

- a análise e apresentação de ferramentas eletrônicas que estão sendo utilizadas por instituições de saúde no que concerne ao prontuário do paciente;
- investigação da legislação atualizada sobre prontuário correlacionando-a com as práticas das instituições de saúde;
- e a identificação das ações atuais das instituições que visem contribuir com soluções para a garantia do prontuário do paciente como instrumento de registro de informação para a eficácia de um atendimento de qualidade e com segurança jurídica ao paciente.

Como resultado, a pesquisa organizou e documentou as respostas da investigação realizada revelando que a grande maioria das instituições não atingiu um coeficiente alto de respostas positivas, o que denota a necessidade de adoção de medidas estratégicas para correção desse cenário, visto que pelos argumentos expostos neste trabalho, é fundamental a organização e empoderamento dos SAME ou arquivos de instituições de saúde para uma melhor eficiência e eficácia dos serviços de informação prestados pelas instituições de saúde.

Este trabalho não conclui-se como um raio-x do panorama brasileiro, ou seja, não tem a pretensão de determinar o retrato de todos os setores arquivísticos das instituições de saúde do Brasil, visto que a definição quantitativa da amostragem pode não refletir o quadro das instituições de saúde, mas pode-se inferir pela qualidade das instituições pesquisadas, que se estas não respondem positivamente, de forma mínima, aos questionamentos apresentados neste trabalho, outras instituições de saúde de menor porte financeiro e de recursos humanos e estruturais limitados terão certamente dificuldade em responder de forma positiva também às indagações.

Esta pesquisa abre também perspectivas para outros estudos relacionados a publicidade do prontuário, das ações dos setores arquivísticos

das instituições de saúde, bem como da análise de políticas públicas ou privadas a serem implementadas nesta direção.

Este trabalho deixa também como cerne o contributo da CI com a democratização do acesso a informação, corroborando com a garantia de direitos essenciais do cidadão. Vislumbra-se desta forma o papel social da CI, saindo intramuros para revelar direitos, proporcionar melhorias, nos mais diversos níveis teórico-práticos.

Desta forma o profissional da informação, em especial aqueles que trabalham na área de saúde, são enriquecidos por uma missão genuína e especial: informar, disponibilizar o acesso à informação, tanto para o paciente, quanto para o profissional da saúde e instituições, respeitando os princípios do sigilo, mas ao mesmo tempo reconhecendo a necessidade da celeridade e do grande benefício que estas informações vão trazer, seja para o indivíduo, seja para o conjunto da sociedade.

## REFERÊNCIAS

CAPURRO, R.. Medicina 2.0: reflexões sobre uma patologia da sociedade da informação. In: Virginia Betes Pinto; Henry de Holanda Campos. (Org.). *Diálogos paragmáticos sobre informação para a área de saúde*. 1ed. Fortaleza: UFC, 2013.

Arquivo Nacional (Brasil). *Dicionário brasileiro de terminologia arquivística*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2005. 232p.; 30cm. – Publicações Técnicas; nº 51

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 14724: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação*. Rio de Janeiro, 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 27002/2013*, de 08 de novembro de 2013. Esta Norma fornece diretrizes para práticas de gestão de segurança da informação e normas de segurança da informação para as organizações, incluindo a seleção, a implementação e o gerenciamento de controles, levando em consideração os ambientes de risco da segurança da informação da organização. Disponível em: <http://www.abntcatalogo.com.br/norma.aspx?ID=306582>. Acesso em: 10 mar. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. *2º Plano diretor para o desenvolvimento da informação e tecnologia de informação em saúde*. 2º PlaDITIS 2013-2017. Disponível em: [http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/06/GT\\_informacao\\_plano-diretor.pdf](http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/06/GT_informacao_plano-diretor.pdf). Acesso em: 13 mar. 2015.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BELLOTTO, H. L. *Arquivos permanentes: tratamento documental*. São Paulo: T.A. Queiroz, 1991.

BERNARDES, I. P.; DELATORRE, H. *Gestão documental aplicada*. São Paulo: Arquivo Público do Estado de São Paulo, 2008.

BICALHO, L.M. BORGES, M.E.N. *Transdisciplinaridade na ciência da informação*. Disponível em: [http://repositorios.questoesemrede.uff.br/repositorios/bitstream/handle/123456789/433/ENAN134\\_Bicalho\\_Borges.pdf?sequence=1](http://repositorios.questoesemrede.uff.br/repositorios/bitstream/handle/123456789/433/ENAN134_Bicalho_Borges.pdf?sequence=1). Acesso: 14 jun. 2015.

BODENHEIMER, T.; WAGNER, E.; GRUMBACH, K. *Improving primary care for patients with chronic illness*. JAMA, v.288, n.14, p.1775-9, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde*. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia\\_brasileira\\_sistemas\\_saude\\_volume1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1.pdf). Acesso em: 10 jan. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 277/98*, de 07 de maio de 1998. Aprova a criação da comissão intersectorial de informações em saúde e afirma que as atribuições da comissão intersectorial de informações em saúde serão desempenhadas, por delegação de competência, pela Oficina de Trabalho Interagencial da RIPSA. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_98.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm). Acesso em: 10 jan. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº Resolução 349*, de 05 de maio de 2005. Aprovar a criação da Comissão Intersectorial de Comunicação e Informação em Saúde. Disponível em : [conselho.saude.gov.br/resolucoes/2005/Reso349.doc](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2005/Reso349.doc). Acesso em: 03 out. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. *Fonte de informação*. E-SUS hospitalar. Disponível em : <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?acao=11&id=30690>. Acesso em: 12 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de informação e informática em saúde proposta versão 2.0* (Inclui deliberações da 12ª. Conferência Nacional de Saúde) 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticalInformacaoSaude29\\_03\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticalInformacaoSaude29_03_2004.pdf). Acesso em: 05 de jan.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 112*, de 14 de fevereiro de 2012. Define critérios e requisitos para comprovação de efetiva capacidade institucional das instituições de saúde para apresentação de projetos ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/se/2012/prt0112\\_14\\_02\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/se/2012/prt0112_14_02_2012.html). 05 de jan.2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. *Política Nacional de Informação e Informática em Saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 56 p. : il.

BRASIL. Presidência da República. *Arquivo Nacional. Dicionário brasileiro de terminologia arquivística*. Rio de Janeiro: [s.n], 2004.

BRASIL. Presidência da República. *Arquivo Nacional. Resolução nº 14, de 24 de outubro de 2001. Aprova a versão revisada e ampliada da Resolução nº 4, de 28 de março de 1996, que dispõe sobre o Código de Classificação de Documentos de Arquivo para a Administração Pública: Atividades-Meio, a ser adotado como modelo para os arquivos correntes dos órgãos e entidades integrantes do Sistema Nacional de Arquivos (SINAR), e os prazos de guarda e*

*a destinação de documentos estabelecidos na Tabela Básica de Temporalidade e Destinação de Documentos de Arquivo Relativos as Atividades-Meio da Administração Pública. Disponível em: [http://sistema.utfpr.edu.br/audit/audit\\_arquivos/legis/Res14.htm](http://sistema.utfpr.edu.br/audit/audit_arquivos/legis/Res14.htm) . Acesso em: 30 nov. 2014*

BRASIL. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil*, de 05 de outubro de 1988. Institui a Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 30 nov. 2014

BRASIL. Presidência da República. *Lei 5.027*, de 14 de junho de 1966. Institui o Código Sanitário do Distrito Federal. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L5027.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5027.htm). Acesso em: 30 nov. 2014

BRASIL. Presidência da República. *Lei 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.. Governo do Brasil. Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em: 30 nov. 2014

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 12.527*, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm). Acesso em: 30 nov. 2014

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 12.682*, de 9 de julho de 2012. Dispõe sobre a elaboração e o arquivamento de documentos em meios eletromagnéticos. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/Lei/L12682.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/Lei/L12682.htm). Acesso em: 30 nov. 2014

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 6.229*, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6229.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229.htm). Acesso em: 30 nov. 2014

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 8.142*, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 9.431*, de 6 de Janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/8932bb0047458d9f9714d73fbc4c6735/LEI+N%C2%BA+9.431-1997.pdf?MOD=AJPERES>

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/8932bb0047458d9f9714d73fbc4c6735/LEI+N%C2%BA+9.431-1997.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em 30 nov. 2014

BVS. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2015/poc0001\\_07\\_05\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2015/poc0001_07_05_2015.html). Acesso em 28 nov. 2015

CAMPOS, A. – Sistema de Segurança da Informação: *Controlando os Riscos*. 2. ed. / André Campos. – Florianópolis: Visual Books, 2007.

CANÊO, P. K.; RONDINA, J.M. Prontuário eletrônico do paciente: conhecendo as experiências de sua implantação. *J. Health Inform.*, v.6, n.2, p. 67-71, 2014 abr.-jun. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/289/197>. Acesso em: 30 nov. 2014

CAPURRO, R.. Medicina 2.0: reflexões sobre uma patologia da sociedade da informação. In: Virginia Betes Pinto; Henry de Holanda Campos. (Org.). *Diálogos parágrafos sobre informação para a área de saúde*. 1ed. Fortaleza: UFC, 2013.

CARVALHO, L. F. (1977). *Serviço de arquivo médico e estatística de um hospital*. 2.<sup>a</sup> ed., São Paulo: LTr Editora /MEC.

CASTELLS, M. A Era da Informação: economia, sociedade e cultura, vol. 3, São Paulo: Paz e terra, 1999.

CAVALCANTE, S. S., MESSINA, L. A. E ALVES, C. A. Universidade Federal da Bahia no universo das redes de informação em saúde. In: Zeny Duarte; Lucio Farias. (Org.). *Medicina na Era da Informação*. 1ed. Salvador: EDUFBA, 2009, p. 67-86

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. *Metodologia Científica*. 6 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2006.

CINCO hospitais brasileiros entre os melhores da América Latina. Gestão em Qualidade. 2014. Disponível em : <http://setorsaude.com.br/cinco-hospitais-brasileiros-entre-os-melhores-da-america-latina/> . Acesso em: 30 nov. 2014

CÓDIGO de Ética para a Equipe de Saúde. Comissão diretiva. Associação Médica Argentina. Buenos Aires. 2001-2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Parecer nº 04/13, de 10 de janeiro de 2013*. Funcionamento das Comissões Hospitalares Metropolitanas que funcionam sob a gestão do IMIP. Relator: Cons. Mauro Luiz de Britto Ribeiro. Disponível:  
[http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2013/4\\_2013.pdf](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2013/4_2013.pdf) . Acesso em: 20 jan. 2014

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Parecer nº 45/11, 12 de dezembro de 2011*. Transmissão de laudos médicos por meio eletrônico. Relator: Cons. Carlos Vital Tavares Correa Lima. Disponível em:

[http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2011/45\\_2011.pdf](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2011/45_2011.pdf). Acesso em: 30 nov. 2014

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Portaria nº 1.639/2002*, de julho de 2002. Aprova as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências. Disponível em:

[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1639\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1639_2002.htm). Acesso em: 20 jan. 2014

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Resolução nº 1.638*, de 09 de agosto 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](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm). Acesso em: 20 jan. 2014

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Resolução nº 1.638/2002*, de 09 de agosto 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](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm). Acesso em: 20 jan. 2014

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Resolução nº 1.657/2002*, de 20 de dezembro de 2002. Estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1657\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1657_2002.htm). Acesso em: 20 jan. 2014

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *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](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1821_2007.htm). Acesso em: 05 de junho de 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Resolução nº 1.931*, de 13 de outubro de 2009. Aprovar o Código de Ética Médica. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=20670:resolucao-cfm-no-19312009-&catid=9:codigo-de-etica-medica-atual&Itemid=122](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20670:resolucao-cfm-no-19312009-&catid=9:codigo-de-etica-medica-atual&Itemid=122). Acesso em: 05 de junho de 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Resolução nº 1997/2012*, de 16 de agosto de 2012. Altera a redação do artigo 77 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1997\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1997_2012.pdf). Acesso em : 05 de junho de 2015.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS – CONARQ (Brasil). Câmara Técnica de documentos eletrônicos. Gestão Arquivística de Documentos Eletrônicos. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2006b. Disponível em: . Acesso em: 09 jul. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS (CONARQ). *Resolução 22*, de 30 de junho de 2005. Dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde. Disponível em : [http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?from\\_info\\_index=21&infol=73&sid=46](http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?from_info_index=21&infol=73&sid=46). Acesso em: 05 de junho de 2015.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. *Lei 8.159*, de 08 de janeiro de 1991. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências. Disponível em: <http://www.arquivonacional/conarq/legisla/lei8159.htm>. Acesso em 14 jun 2015.

CONSELHO NACIONAL DE PESQUISA. *Tabela do conhecimento*. Disponível em: [www.cnpq.br/documents/10157/.../TabeladeAreasdoConhecimento.pdf](http://www.cnpq.br/documents/10157/.../TabeladeAreasdoConhecimento.pdf). Acesso em:

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). *Resolução nº 1.821*, de 11 de julho de 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=7575&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1821&situacao=VIGENTE&data=11-07-2007>. Acesso em: 05 de junho de 2015.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: *contribuição à história do SUS*. Physis, [periódico on-line], n. 14, v. 2, p. 343-362, 2004. Disponível em: . Acesso em: 23 ago. 2006.

COSTA, C. G. A. da. *Desenvolvimento e Avaliação Tecnológica de um Sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente, Baseado nos Paradigmas da World Wide Web e da Engenharia de Software*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, 2001.

COSTA, J. P. M. S. A Medicina na era da informação. In: Zeny Duarte; Lucio Farias. (Org.). *Medicina na Era da Informação*. 1ed. Salvador: EDUFBA, 2009, p. 19-26.

CUNHA, R.E. *Cartão nacional de saúde – os desafios da concepção e implantação de um sistema nacional de captura de informações de atendimento em saúde*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14610.pdf>. Acesso em: 06 jan 2016.

CUNHA, F. J. A. P. *A gestão da informação nos hospitais: importância do prontuário eletrônico na integração de sistemas de informação em saúde* / Francisco José Aragão Pedroza Cunha. Salvador, 2005. 226f.; il.

DAVENPORT, Thomas H. *Ecologia da informação: por que só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação* / Thomas H. Davenport, Laurence Prusak; tradução Bernadette Siqueira Abrão. — São Paulo : Futura, 1998.

DESLANDES, S. F. *A Construção do projeto de pesquisa*. In: MINAYO, M. C. (Org.) *Pesquisa Social*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 80p. p.31-50.

DICK, R.S., STEEN, E.B., DETMER, D.E. *The Computer-based Patient Record - An Essential Technology for Health Care*. Washington, DC: National Academy Press, 1997.

DONABEDIAN A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260:1743-8. 3. Oselka G. Prontuário médico. *Rev Assoc Med Bras*, 2002; v. 48, p. 286.

DUARTE, Z.; FARIAS, L. *A medicina na era da informação*. Salvador: EDUFBA, 2009.

ESCRIVÃO JUNIOR, Á. Informação para o monitoramento de risco em saúde. In: Virginia Betes Pinto; Henry de Holanda Campos. (Org.). *Diálogos parágrafos sobre informação para a área de saúde*. 1ed. Fortaleza: UFC, 2013, v., p. 60-78.

FERREIRA, J. S.; FIDELIS, M. B.; e LIMA, M. J. C. In: Zeny Duarte; Lucio Farias. (Org.). *Medicina na Era da Informação*. 1ed. Salvador: EDUFBA, 2009, p. 343-358.

FLORES, D.; SANTOS, H. M. dos. *Preservação de documentos arquivísticos digitais: reflexões sobre as estratégias de encapsulamento*. Liinc em Revista, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, maio/2015. Disponível em: <http://revista.ibict.br/liinc/index.php/liinc/article/view/770>. Acesso em: 02 nov. 2015.

FOUNTAIN, J. E. *Tecnologia da Informação e Mudança Institucional*. Brasília, ENAP, 2005.

FREITAS, M. J. R. Posfácio. In: Zeny Duarte; Lucio Farias. (Org.). *Medicina na Era da Informação*. 1ed. Salvador: EDUFBA, 2009, p. 503.

GALVAO, M. C. B. ; RICARTE, I. L. M. . O prontuário eletrônico do paciente no século XXI: contribuições necessárias da ciência da informação. InCID: Revista de Ciência da Informação e Documentação, v. 2, n. 2, p. 77-100, 2011.

GARETS, D.; DAVIS, M. *Electronic medical records vs. electronic health records: yes, there is a difference*. Policy white paper. Chicago, HIMSS Analytics, 2006. Disponível em: [http://www.himssanalytics.org/docs/wp\\_emr\\_ehr.pdf](http://www.himssanalytics.org/docs/wp_emr_ehr.pdf). Acesso em: 15 jan. 2013.

GOMEZ, M. N. G. de. O domínio das informações em saúde. In: Virginia Betes Pinto; Henry de Holanda Campos. (Org.). *Diálogos parágrafos sobre informação para a área de saúde*. 1ed. Fortaleza: UFC, 2013.

GONÇALVES, Janice. *Como classificar e ordenar documentos de arquivo* / Janice Gonçalves. – São Paulo: Arquivo do Estado, 1998. 37 p. : il. ; 23 cm. -- (Projeto como fazer; v. 2)

IRAOLA, L.N. A história clínica um instrumento indispensável na defesa do médico. *Revista da Associação Médica Argentina*. Disponível em: [www.ama-med.org.ar/servicos\\_profecional.asp](http://www.ama-med.org.ar/servicos_profecional.asp). Acesso em: 06 jan 2015.

KLÜCK, M. et alii. A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: *implementação e validação de indicadores*. *Revista de Administração Em Saúde*, São Paulo, v.4, n.16, p.27 - 32, 2002.

KLÜCK, M., GUIMARÃES, J. R., AMBROSINI, L. *Auditoria da qualidade da informação médica no prontuário de pacientes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. *Epistula Alass*. Barcelona. v.48, p.21 - 21, 2002.

KRIPPENDORFF, Klaus. *Content analysis*. II ed. Thousand Oaks: Sage Publications. 2004.

LEI 41/2002, de 14 de novembro. regulatória da autonomia do paciente e de direitos e obrigações em matéria de informação e documentação clínica. *Boletín Oficial del Estado Legislación Consolidada – BOE*, Espanha, n. 274, 15 nov. 2002, p. 40126-40132.

LEI Orgânica 15/1999, 13 de dezembro 1999. Regulamenta a proteção de dados de caráter pessoal. *Boletín Oficial del Estado Legislación Consolidada – BOE*, Espanha, n. 274, 15 nov. 2002.

LEITE, R.A.F. et al. *Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público*. *Interface*, Botucatu, v.18, n.51, out./dez. 2014.

LUNA Fº, B. *Sequência básica na elaboração de protocolos de pesquisa*. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 71, n. 6, 735-740, 1998. Disponível em: . Acesso em: 8 mar. 2013.

LUNA, S. V. *Planejamento de pesquisa: uma introdução*. São Paulo: EDUC, 2000. 108p. (Série Trilhas).

MAJEED, A. *Ten ways to improve information technology in the NHS*. *BMJ* 2003; 326:202-5. Disponível em: <http://www.bmj.com/highwire/sectionpdf/8734/2/1>. Acesso em Fev 2013.

MARTINS, G. de A.; THEÓPHILO, C. R. *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*. São Paulo: Atlas, 2007.

MASSAD, E.; MARIN, H.F.; AZEVEDO, R. S. *O Prontuário do paciente na assistência, informação e conhecimento médico*. São Paulo: USP, 2003.

MARX, K. *Teorias da mais-valia: história crítica do pensamento econômico*. Vols. 1-3. Trad. Reginaldo Sant'Anna. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, (1980 [1905-1910]).

MEDEIROS, C. D. R. *Segurança da informação: implantação de medidas e ferramentas de segurança da informação*. Joinville: Universidade da Região de Joinville – INIVI; Departamento de Informática, 2001. Disponível em: <[http://www.linuxsecurity.com.br/info/general/TCE\\_Seguranca\\_da\\_Informacao.pdf](http://www.linuxsecurity.com.br/info/general/TCE_Seguranca_da_Informacao.pdf)>. Acesso em: 24 maio 2010.

MEZZOMO, A. A. *Serviço do Prontuário do Paciente: organização e técnica*. São Paulo: Centro Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1991.

MILIONI, B. A. Integrando o levantamento de necessidades com a avaliação e validação do treinamento. In: BOOG, G. G. *Manual de treinamento e desenvolvimento ABTD: um guia de operações*. São Paulo: Makron Books, 2001. p. 9-27.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). *Pesquisa social: teoria método e criatividade*. 17ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 80 p

MOLINA QUIROGA, E. *Os dados de saúde na lei 25.326, de 31 de outubro de 2003*. Regulamenta a proteção de dados pessoais. Buenos Aires.

MOLINA, L.G ; LUNARDELLI, R.S.A.;. *O Prontuário do paciente e os pressupostos arquivísticos: estreitas e profícuas interlocuções*. Inf.Inf., Londrina, v.15, n.1, p.68- 84, jan./jun.2010. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/4764>>. Acesso em: jul.2010.

MORAES, I. H. S. de e GOMEZ, M. N. G. de. Informação e informática em saúde: *caleidoscópio contemporâneo da saúde*. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.3, pp.553-565. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000300002>. Acesso em 26 jun 2016.

MORAES, M. F. de. Gestão de acesso ao prontuário do paciente. In: Zeny Duarte; Lucio Farias. (Org.). *Medicina na Era da Informação*. 1ed. Salvador: EDUFBA, 2009, p. 429-442.

MOTA, F. R. L. *Prontuário Eletrônico do Paciente: Estudo de uso pela equipe de saúde do Centro de Saúde Vista Alegre*. 2005. (Dissertação de Mestrado em Ciência da Informação). Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005)

MOTTA, G. H. M. B. *Um Modelo de Autorização Contextual para o Controle de Acesso ao Prontuário Eletrônico do Paciente em Ambientes Abertos e Distribuídos*. 2003. 212 f. Tese (Doutorado em Engenharia) - Escola Politécnica, USP, São Paulo, 2003. Disponível em: [http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/3/3142/tde-05042004-152226/publico/tese\\_Gustavo\\_Motta.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/3/3142/tde-05042004-152226/publico/tese_Gustavo_Motta.pdf). Acesso em : 06 jan 2016.

NARDON, F. B. N. *Utilizando XML para representação de informação em Saúde*. Unidade de Pesquisa e Desenvolvimento, Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 2002. Disponível em: . Acesso em: 30 set. 2011.

NEVES, D. A. de B. Representação temática da informação arquivística em saúde. In: Zeny Duarte; Lucio Farias. (Org.). *Medicina na Era da Informação*. 1ed. Salvador: EDUFBA, 2009, p. 103-110.

NICOLÁS, J. J. *Medicina Legal Faz você uma boa história clínica? Conhece os riscos que implica? Importância médico-legal da História Clínica*. IntraMed, Buenos Aires. 2006. Disponível em: [www.intramed.net/atualidade/art\\_1.asp?idActualidad=42295&nomCat=Pontos%20de%20vista](http://www.intramed.net/atualidade/art_1.asp?idActualidad=42295&nomCat=Pontos%20de%20vista). Acesso em: 06 jan 2016.

NICOLESCU, B. *O manifesto da transdisciplinaridade*. Tradução de Lúcia Pereira Souza. 2 ed. São Paulo: TRIOM, 2001.

NOVAES, H. M. D. A evolução do registro médico. In: O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE NA ASSISTÊNCIA, INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO MÉDICO. São Paulo: USP, 2003. Cap.03

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/>. Acesso em 03 out.2015.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (OCA). Certificações validas. Disponível em : <https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas>. Acesso em: 16 jan 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Visão de e-Saúde no Brasil versão 1.0*. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3031:visao-saude-no-brasil-versao-1-0&catid=848:bra-01-d-noticias&Itemid=371](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3031:visao-saude-no-brasil-versao-1-0&catid=848:bra-01-d-noticias&Itemid=371)  
Acessado em 26 jun 2016

PESTANA, O. MORAES, M. F. de. Sistemas de informação de saúde em Portugal. In: Zeny Duarte; Lucio Farias. (Org.). *Medicina na Era da Informação*. 1ed. Salvador: EDUFBA, 2009, p. 127-140.

PIMENTEL, Edmundo. The sustainable development of the systems of health: an emergent and healthy paradigm. *Ciênc. saúde coletiva*, 2003, v.8, n.1, p.243-249. Disponível em: <http://www.scielo.br/> Acesso em: 06 jan 2014

PINHEIRO, R.; LOBO, A.J.B. *A importância do prontuário do paciente*. 1998.UNIVENFaculdade Capixaba de Nova Venécia. Disponível em: [www.univen.edu.br](http://www.univen.edu.br). Acesso em 12 jan 2016

PINTO, V. B. *Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde*. Enc. Bibli: R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf., Florianópolis, n.21, 1º sem. 2006. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/147/14702104.pdf> Acesso em; 10 ago. 2009

PINTO, V. B.; CAMPOS, H. H. (org.). *Diálogos paradigmáticos sobre informação para a área de saúde*. Fortaleza: Edições UFC, 2013.

POSSARI, João Francisco. *Prontuário do Paciente e os registros de enfermagem*. São Paulo: Ed. Iatri, 2005.

PRÊMIO Benchmarking 2012: melhores hospitais. Disponível em: [http://issuu.com/diagnosticodigital/docs/book\\_web?e=4240906/2893326](http://issuu.com/diagnosticodigital/docs/book_web?e=4240906/2893326). Acesso em: 20 out 2014.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: *conceitos e aplicações* / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2014. 349 p.: il.

REGISTROS em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, sup.1, 2008, Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300021>. Acesso em: 06 jan. 2015

REQUISITOS legais que devem ser garantido para a história clínica eletrônica. Disponível em: [www.biocom.com/informatica\\_medica/legalrec\\_antecedentes\\_legais.html](http://www.biocom.com/informatica_medica/legalrec_antecedentes_legais.html). Acesso em: 12 jan 2015

RIBEIRO, F. Medicina e Ciência da Informação: uma abordagem integradora e interdisciplinar. In: Zeny Duarte; Lucio Farias. (Org.). *Medicina na Era da Informação*. 1ed. Salvador: EDUFBA, 2009, p. 111-126.

SABATINI, R.M.E. *Preservando a confiabilidade médica na Internet*. Revista Check-up. 2002. Disponível em: <http://www.nib.unicamp.br/papers/checkup-10.htm>. Acesso: 07 nov. 2014.

SANTOS, M. R. *Sistema de registro eletrônico de saúde baseado na norma ISO 13606: aplicações na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais*. 175f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) - Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

SANTOS, P. S. A. *Gestão de documentos eletrônicos em Salvador: análise e perspectivas da influência arquivística*. Projeto de mestrado. Salvador, jun. de 2006.

SANTOS, R. F. As ciências da informação e a saúde humana. In: Zeny Duarte; Lucio Farias. (Org.). *Medicina na Era da Informação*. 1ed. Salvador: EDUFBA, 2009, p. 233-236.

SANTOS, V. B. dos. Arquivística: temas contemporâneos: *classificação, preservação digital, gestão do conhecimento*. 3. ed. Brasília, DF: SENAC, 2009.

SARACEVIC, T. Ciência da Informação: Origem, evolução e relações. *Perspec. Ci. Inf.*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 41-62, jan./jun. 1996.

SCHÄFER, M. B.; LIMA, E.S. *A classificação e a avaliação de documentos: análise de sua aplicação em um sistema de gestão de documentos arquivísticos digitais*. *Perspectivas em Ciência da Informação*, v.17, n.3, p.137-

154, jul./set. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/pci/v17n3/a10v17n3.pdf>. Acesso em: 12 de janeiro de 2016.

SCHELLENBERG, T.R. *Arquivos modernos: princípios e técnica*. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2002.

SFREDDO, J. A.; FLORES, D. *Segurança da informação arquivística: o controle de acesso em arquivos públicos estaduais*. *Perspec. Ci. Inf.*, Belo Horizonte, v.17, n.2, p.158-178, abr./jun. 2012.

SILVA, A. M. *A informação: da compreensão do fenômeno e construção do objecto científico*. Porto: CETAC.COM, Edições Afrontamentos, 2006.

SILVA, A. T. S. da; SALDANHA, H. V. *Controle de acesso baseado em papéis na informatização de processos judiciais*. 66 f. Monografia (Bacharelado em Ciência da Computação) - Universidade de Brasília (UnB), Brasília, 2006.

SOBRE JCI. Disponível em: <http://pt.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/?c=Brazil&a=Hospital%20Program&pg=2>. Acesso em: 16 jan 2015.

SOUNIS, Emilio. *Organização de serviço de arquivo médico e estatística (SAME)*. São Paulo: Ícone, 1993.

SOUZA, Arnd. *Formação médica, racionalidade e experiência: o discurso médico e o ensino da clínica*. Tese de doutorado. 1998. Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 290 pp

TAVIRA, L.V. *O nascimento da clínica em Foucault - um poder-saber sobre a vida*. In: *(En)cena: Saúde mental em movimento*. Palmas (To) : Centro Universitário de Luterano de Palmas. Disponível em: <http://ulbrato.br/encena/2014/07/31/O-Nascimento-da-Clinica-em-Foucault-um-Poder-Saber-sobre-a-vida>. Acesso em: 14 jun. 2015.

TEIXEIRA, J. de F. *Mentes e máquinas: uma introdução à ciência cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

TONELLO, I. M. S.; NUNES, R. M. S.; PANARO, A. P. *Prontuário do paciente: a questão do sigilo e a lei de acesso à informação*. *Inf. Inf.*, Londrina, v. 18, n. 2, p. 193 – 210, maio/ago. 2013. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/informacao/>. Acesso em:

VASCONCELOS, M.M.; GRIBEL, E.B.; MORAES, I.H.S. *Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008, v.24, sup. 1, p.173-182. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/21.pdf>. Acesso em: 16 jan 2015.

WERTHEIN, J. A sociedade da informação e seus desafios, *Ci. Inf.*, Brasília, v. 29, n. 2, p. 71-77, maio/ago. 2000.

## **APÊNDICE**

## **APÊNDICE A – QUESTÕES DA PESQUISA PARA BUSCA DAS RESPOSTAS NOS SÍTIOS ELETRÔNICOS**

O sítio eletrônico da instituição de saúde pesquisada possui:

- 1) Área reservada (link, canal, caixa) para o SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística, ou outro setor com nomenclatura ou atividades similares?
- 2) Informações sobre serviços procedimentos relacionados ao prontuário do paciente (como pedido de cópias ou orientações)?
- 3) Área para acesso ao PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente para equipe clínica?
- 4) Área para acesso ao PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente para pacientes ou terceiros?
- 5) Área para acesso de pacientes a resultados de exames, marcações, entre outros?
- 6) Informações sobre implantação de prontuário eletrônico?
- 7) Divulgação de cursos e/ou eventos relacionados ao prontuário do paciente ou ao serviço de arquivo?
- 8) Link para legislação sobre prontuário do paciente?
- 9) Informações claras sobre as orientações do CFM quanto ao prontuário do paciente?
- 10) Informações sobre a existência de Comissão de Revisão de Prontuário?
- 11) Informação sobre a existência de outras comissões relacionadas ao prontuário?
- 12) Algum documento norteador para as ações da instituição de saúde (Planejamento, Programa, Plano de ação)?
- 13) Em caso afirmativo da questão 12, esse documento trata em algum aspecto sobre o prontuário do paciente?
- 14) Algum projeto ou programa desenvolvido pela instituição de saúde?
- 15) Em caso afirmativo da questão 14, esse documento trata em algum aspecto sobre o prontuário do paciente?
- 16) O sítio possui campo de pesquisa?

- 17) Em caso afirmativo da questão 16, ao pesquisar a palavra prontuário, aparecem referências diretas ao tema?
- 18) Em caso afirmativo da questão 16, ao pesquisar a palavra arquivo, aparecem referências diretas ao tema?

**ANEXO**

## ANEXO A – RESOLUÇÃO CFM Nº 1.821/07

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.portalmedico.org.br](http://www.portalmedico.org.br) e [www.sbis.org.br](http://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 Garçon

Secretária-Geral

### **EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS**

O prontuário do paciente, em qualquer meio de armazenamento, é propriedade física da instituição onde o mesmo é assistido, quer seja uma unidade de saúde quer seja um consultório, a quem cabe o dever da guarda do documento. Assim, ao paciente pertencem os dados ali contidos, os quais só podem ser divulgados com a sua autorização ou a de seu responsável, ou por dever legal ou justa causa. Estes dados devem estar permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitados por ele ou seu representante legal, permitam o fornecimento de cópias autênticas das informações a ele pertinentes.

Existe, hoje, um volume crescente 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. As unidades de serviços de apoio, diagnóstico e terapêutica têm documentos próprios, que fazem parte dos prontuários dos pacientes. Além disso, os avanços da tecnologia da informação e de telecomunicações oferecem novos métodos de armazenamento e transmissão de dados.

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 garante que, para eliminar o papel, os sistemas informatizados para guarda e manuseio de prontuários de pacientes, atendam integralmente aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”.

Ao atender o “Nível de garantia de segurança 1 (NGS1)”, o sistema informatizado já possui um bom nível de segurança, entretanto, a eliminação do papel só é possível com a utilização de certificado digital padrão ICP-Brasil, segundo determinação da legislação em vigor sobre documento eletrônico no Brasil, descrita abaixo.

A validade jurídica dos documentos eletrônicos como prova é garantida conforme o disposto nos artigos 104, 212, 221, 225 e 421 do Código Civil e nos artigos 131, 154, 244, 332 e 383 do Código de Processo Civil. O Decreto nº 3.587, de 5 de setembro de 2000, estabelece normas para a Infra-Estrutura de Chaves Públicas do Poder Executivo Federal – ICP-Gov.

A Medida Provisória nº 2.200, de 24 de agosto de 2001, instituiu a Infra-Estrutura de Chaves Públicas Brasileiras – ICP-Brasil e concedeu validade jurídica plena aos documentos públicos e privados desde que tenham uma certificação (arts. 1º e 10); e o Decreto nº 3.872, de 18 de julho de 2001, dispõe sobre o Comitê Gestor da Infra-Estrutura de Chaves Públicas Brasileira – CG ICP-Brasil, sua Secretaria Executiva e Comissão Técnica Executiva.

A legislação arquivística brasileira normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos.

A Lei nº 5.433, de 8 de maio de 1968, regulamenta a microfilmagem de documentos oficiais por meio do Decreto nº 1.799, de 30 de janeiro de 1996.

A Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991 (Lei dos Arquivos), dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e dá outras providências e os Decretos nºs 2.134, de 20 de janeiro de 1997; 2.942, de 18 de janeiro de 1999, e 4.073, de 3 de janeiro de 2002, a regulamentam.

A Lei nº 8.394, de 30 de dezembro de 1991, dispõe sobre a preservação, organização e proteção dos acervos documentais privados dos presidentes da República.

O Decreto nº 1.173, de 29 de junho de 1994, dispõe sobre a competência, organização e funcionamento do Conselho Nacional de Arquivos e do Sistema Nacional de Arquivos.

O Decreto nº 2.182, de 20 de março de 1997, estabelece normas para a transferência e o recolhimento de acervos arquivísticos públicos federais para o Arquivo Nacional.

O Decreto nº 2.910, de 29 de dezembro de 1998, estabelece normas para a salvaguarda de documentos, materiais, áreas, comunicações e sistemas de informação de natureza sigilosa.

O Decreto nº 3.505, de 13 de junho de 2000, instituiu a Política de Segurança da Informação nos órgãos e entidades da administração pública federal.

O Decreto nº 4.553, de 27 de dezembro de 2002, dispõe sobre a salvaguarda de dados, informações, documentos e materiais sigilosos de intersegurança da sociedade e do Estado;

O Decreto nº 4.915, de 12 de dezembro de 2003, dispõe sobre o Sistema de Gestão de Documentos de Arquivo – Siga.

A Resolução Conarq nº 7, de 20 de maio de 1997, dispõe sobre procedimentos para a eliminação de documentos no âmbito dos órgãos e entidades integrantes do Poder Público.

A Resolução Conarq nº 22, de 30 de junho de 2005, dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde.

A NBR ABNT nº 10.519/88, de 1º de outubro de 1988, fixa as condições exigíveis para a racionalização dos arquivos brasileiros, públicos e privados, estabelecendo preceitos capazes de orientar a ação dos responsáveis pela análise e seleção de documentos, com vistas à fixação de prazos para sua guarda e/ou eliminação.

Existem, ainda, mais disposições na legislação sobre o assunto:

A Lei nº 8.935, de 18 de novembro de 1994, regulamenta o art. 236 da Constituição Federal, dispondo sobre serviços notariais e de registros e dispõe sobre o uso do arquivamento eletrônico pelos serviços notariais e de registros (cartórios).

A Lei nº 9.492, de 10 de setembro de 1997, define competência, regulamenta os serviços concernentes ao protesto de títulos e outros documentos de dívida e estabelece em seu art. 41 que *“Para os serviços previstos nesta Lei os Tabeliães poderão adotar, independentemente de autorização, sistemas de computação, microfilmagem, gravação eletrônica de imagem e quaisquer outros meios de reprodução”*

A Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, institui o Código Nacional de Trânsito Brasileiro e determina que as repartições de trânsito deverão manter em arquivo, por 5 (cinco) anos, os documentos referentes a habilitação, registro e licenciamento de veículos, podendo as repartições fazerem uso da tecnologia de microfilmagem ou meio magnético.

A Lei n.º 9.800, de 26 de maio de 1999, permite às partes a utilização de sistema de transmissão de dados para a prática de atos processuais, isto é, o envio de petições via *e-mail*, observados certos requisitos.

A Lei nº 9.983, de 14 de julho de 2000, altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

A Lei n.º 10.259, de 12 de julho de 2001, dispõe sobre a instituição dos juizados especiais civis e criminais no âmbito da Justiça Federal e seu artigo 8º normatiza a intimação eletrônica na área civil para todas as pessoas jurídicas de direito público.

O Decreto nº 660, de 25 de setembro de 1992, institui o Sistema Integrado de Comércio Exterior - Siscomex. e autoriza os importadores/exportadores a utilizarem a emissão da documentação, relacionada ao comércio exterior, por meio do processamento eletrônico de dados e imagens *on line* e meio magnético.

O Decreto nº 2.954, de 29 de janeiro de 1999, estabelece regras para a redação de atos normativos de competência dos órgãos do Poder Executivo.

O Decreto nº 3.714, de 3 de janeiro de 2001, dispõe sobre a remessa de documentos por meio eletrônico a que se refere o art. 57-A do Decreto nº 2.954, de 29 de janeiro de 1999.

O Decreto nº 3.779, de 23 de março de 2001, acresce dispositivo ao art. 1º do Decreto nº 3.714, de 3 de janeiro de 2001, que dispõe sobre remessa de documentos por meio eletrônico.

O Decreto nº 3.996, de 31 de outubro de 2001, dispõe sobre a prestação de serviços de certificação digital no âmbito da administração pública federal.

O Decreto nº 4.414, de 7 de outubro de 2002, altera o Decreto nº 3.996, de 31 de outubro de 2001, que dispõe sobre a prestação de serviços de certificação digital no âmbito da administração pública federal.

A Portaria nº 1.121, de 8 de novembro de 1995, do Ministério do Trabalho, dispõe sobre a informatização do registro de empregados e demais dados relacionados ao contrato de trabalho (utilização do armazenamento eletrônico de documentos na área trabalhista).

A Resolução nº 1, de 25 de setembro de 2001, do Comitê Gestor da ICP-Brasil, aprova a Declaração de Práticas de Certificação da AC- Raiz da ICP-Brasil.

A Resolução nº 4, de 22 de novembro de 2001, do Comitê Gestor da ICP-Brasil, altera a Declaração de Práticas de Certificação da AC Raiz da ICP-Brasil.

A Resolução nº 13, de 26 de abril de 2002, do Comitê Gestor da ICP-Brasil, altera a Declaração de Práticas de Certificação da AC Raiz da ICP-Brasil (autoridade certificadora), estabelecendo o vínculo entreo par Raiz da ICP-Brasil, os critérios e procedimentos de chaves e seu titular.

A Resolução nº 19, de 8 de maio de 2003, do Comitê Gestor da ICP-Brasil, aprova o modelo eletrônico Revalidação dos Dados Cadastrais e Solicitação de Novo Certificado, de que trata a Resolução nº 1, de 25 de setembro de 2001, do Comitê Gestor da ICP-Brasil.

O Parecer nº 16, de 4 de novembro de 1997, do Conselho Nacional de Educação, dispõe sobre o arquivamento eletrônico em CDs ou outros meios, dos documentos escolares das instituições de ensino (Ministério da Educação) que em seu art. 1º. dispõe que: *“O arquivamento de documentos escolares, das instituições de ensino, observará as seguintes modalidades: (c) em disquete ou CD-ROM obtido por sistema computadorizado”.*

Com isso, o Conselho Federal de Medicina reconhece a importância do uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informação identificada em saúde, bem como a digitalização dos prontuários em papel, como instrumento de modernização, com conseqüente melhoria no atendimento ao paciente. É dever do CFM garantir ao médico amplo respaldo legal na utilização desses sistemas, motivo pelo qual publica esta Resolução.

## **ANEXO B – RESOLUÇÃO CFM Nº 1.638/2002**

Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

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

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

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;

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;

CONSIDERANDO que as instituições de saúde devem garantir supervisão permanente dos prontuários sob sua guarda, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas;

CONSIDERANDO que para o armazenamento e a eliminação de documentos do prontuário devem prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica;

CONSIDERANDO a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002.

**RESOLVE:**

Art. 1º - Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a

comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 2º - Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

I. Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;

II. À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;

III. À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art. 3º - Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 4º - A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

Art. 5º - Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

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.

I. Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Art. 6º - A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Art. 7º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 10 de julho de 2002

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA

Secretário-Geral

## **ANEXO C – RESOLUÇÃO Nº 22, DE 30 DE JUNHO DE 2005**

**Dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde**

**O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS - CONARQ**, no uso de suas atribuições, previstas no inciso IX do art. 23 de seu Regimento Interno, aprovado pela Portaria nº 5, da Casa Civil da Presidência da República, de 7 de fevereiro de 2002, e em conformidade com a deliberação do Plenário, em sua 36ª reunião ordinária, realizada no dia 7 de dezembro de 2004,

Considerando a Lei de Arquivos, Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991, que dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados;

Considerando a Lei nº 10.402, de 10 de janeiro de 2002, que instituiu o Código Civil, e a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

Considerando o art. 18 do Decreto nº 4.073, de 3 de janeiro de 2002, que dispõe sobre a constituição de Comissões Permanentes de Avaliação de Documentos nos órgãos e entidades da Administração Pública Federal;

Considerando a Resolução nº 20 de 16 de julho de 2004, do CONARQ, que dispõe sobre a inserção de documentos digitais em programas de gestão arquivística de documentos dos órgãos e entidades integrantes do Sistema Nacional de Arquivos - SINAR;

Considerando a legislação pertinente à área médica, em especial a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, e o Decreto nº 44.045, de 19 de Julho de 1958, que, respectivamente, instituem e aprovam o regulamento do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Medicina, e a Resolução CFM nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988, que aprova o Código de Ética Médica;

Considerando a necessidade de orientar as ações operacionais de avaliação de documentos nas instituições de saúde que praticam assistência médica;

Considerando a relevância das informações que devem constar do prontuário do paciente para estudos, pesquisas clínicas e científicas e para a continuidade da assistência prestada nas instituições de saúde;

Considerando que é de responsabilidade da instituição de saúde a guarda, conservação, consulta, controle e disponibilização do prontuário do paciente para o atendimento médico-assistencial, em todos os níveis;

Considerando que o prontuário do paciente é documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens em qualquer suporte, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada a ele, de caráter sigiloso e científico que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo, resolve:

Art. 1º Recomendar às instituições de saúde a criação e implantação de Comissão Permanente de Avaliação de Documentos.

Parágrafo único. A Comissão referida no caput deve ser criada por ato normativo interno da direção da instituição e publicado em Diário Oficial, boletim interno, ou veículo de divulgação usualmente utilizado.

Art. 2º Consideram-se como requisitos necessários para o desenvolvimento do processo de avaliação:

I - conhecer os objetivos, a estrutura e o funcionamento da instituição detentora dos documentos;

II - conhecer a organização dos conjuntos documentais a serem avaliados, incluídos os métodos de classificação adotados, bem como sua importância para fins de prova, de informação, e de estudos e pesquisas nas áreas das ciências da saúde, humanas e sociais;

III - conhecer a terminologia e os procedimentos da área médica, bem como de suas especialidades;

IV - conhecer a legislação pertinente à concessão de direitos relativos aos indivíduos portadores de necessidades especiais e de doenças graves e terminais.

Art. 3º No que se refere ao estabelecimento de temporalidade e destinação final dos prontuários de pacientes, independente da forma ou do suporte, compete à Comissão Permanente de Avaliação de Documentos:

a) analisar os conjuntos documentais, determinando os respectivos prazos de guarda e destinação;

b) identificar os valores primário e secundário, segundo o seu potencial de uso; considerando por valor primário o uso administrativo para a instituição, razão primeira da criação do documento, e valor secundário o uso para outros fins que não aqueles para os quais os documentos foram criados, podendo ser probatório e informativo;

c) estabelecer critérios para análise e avaliação dos documentos e sua destinação final, considerando os requisitos previstos no art. 2º desta resolução;

d) elaborar Tabela de Temporalidade e Destinação de Documentos, Listagem de Eliminação de Documentos, Edital de Ciência de Eliminação e Termo de Eliminação de Documentos, quando for o caso, e relatório final da Comissão;

e) revisar, periodicamente, a Tabela de Temporalidade e Destinação de Documentos, em função da produção ou supressão de novos documentos, e da evolução da legislação e dos procedimentos médicos.

Art. 4º A Comissão Permanente de Avaliação de Documentos deverá ser constituída por uma equipe multiprofissional da instituição detentora do acervo, com membros efetivos e eventuais, e deverão integrá-la:

a) representantes do Corpo Clínico e da Equipe de Saúde;

b) arquivista ou responsável pela guarda da documentação;

c) servidores das unidades organizacionais às quais se referem os documentos a serem avaliados, com profundo conhecimento das atividades desempenhadas;

d) representante da Comissão de Revisão de Prontuários;

e) representante da área jurídica da instituição;

Parágrafo único. A Comissão poderá solicitar, sempre que necessário, a participação de profissionais ligados aos diversos campos do conhecimento que possam contribuir com os trabalhos de avaliação dos documentos, tais como médicos, historiadores, sociólogos e outros.

Art. 5º A eliminação de documentos, autorizada na Tabela de Temporalidade e Destinação de Documentos, deverá ser efetuada com base nos procedimentos previstos na Resolução nº 7 do CONARQ, de 20 de maio de 1997.

Art. 6º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

JAIME ANTUNES DA SILVA