

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
DE MINAS GERAIS, *CAMPUS* SABARÁ
TECNOLOGIA EM PROCESSOS GERENCIAIS**

LUCY NEIDE PEREIRA DE ARAÚJO

**A GESTÃO DOCUMENTAL DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS: UMA ANÁLISE DOS
RISCOS DE RESPONSABILIZAÇÃO JURÍDICA DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

SABARÁ, MG
2015

LUCY NEIDE PEREIRA DE ARAÚJO

A GESTÃO DOCUMENTAL DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS: UMA ANÁLISE DOS RISCOS DE RESPONSABILIZAÇÃO JURÍDICA DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Minas Gerais como requisito para a conclusão do Curso de Tecnologia em Processos Gerenciais.

Orientadora: Profa. Ludmila Nogueira Murta

SABARÁ, MG
2015

Araújo, Lucy Neide Pereira de
A663g A gestão documental de prontuário médicos [manuscrito] : uma análise dos
riscos de responsabilização jurídica da instituição hospitalar. / Lucy Neide Pereira de
Araújo. - 2015.
60 f.: Il.

Orientador: Prof.^a Ludmila Nogueira Murta.

Monografia (Tecnologia em Processos Gerencias) – Instituto Federal de Minas
Gerais, *Campus* Sabará, Tecnologia em Processos Gerencias.

1. Documentos. – Administração. – Monografia. 2. Registros médicos. –
Monografia. 3. Registros hospitalares. – Arquivamento. – Monografia. 4.
Responsabilidade (Direito). – Monografia. 5. Hospitais. – Responsabilização jurídica.
– Monografia. I. Murta, Ludmila Nogueira. II. Instituto Federal de Minas Gerais,
Campus Sabará, Tecnologia em Processos Gerencias III. Título.

CDU 005.92

CDU 347.5



ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO de LUCY NEIDE PEREIRA DE ARAÚJO

No dia 11 do mês de dezembro do ano de 2015, às 13:00 horas, os professores: Ludmila Nogueira Murta, Aline Campos Figueiredo e Marcelino Vitor de Brito compareceram para defesa pública do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “**A Gestão Documental de Prontuários Médicos: uma análise dos riscos de responsabilização jurídica da instituição hospitalar**”, requisito obrigatório para a obtenção do título de Tecnólogo em Processos Gerenciais. Após a apresentação e as observações dos membros da banca avaliadora, ficou definido que o trabalho foi considerado:

Aprovado () Reprovado.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela Professora Orientadora. Nada mais havendo a tratar, a Professora Orientadora encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da banca avaliadora.

Observações: _____

LUDMILA NOGUEIRA MURTA
Professor Orientador

ALINE CAMPOS FIGUEIREDO
Membro da Banca Examinadora

MARCELINO VÍTOR DE BRITO
Membro da Banca Examinadora

LUCY NEIDE PEREIRA DE ARAÚJO
Aluno(a)

Dedico este trabalho a minha querida filha Sofia que sempre esteve ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado esta oportunidade. A minha professora Ludmila Murta que sempre soube me direcionar e incentivar para que eu conseguisse vencer este desafio; a minha família que sempre me apoiou, mesmo considerando a distância que nos separa, eles sempre se fizeram presente, e em especial a minha filha, que tão sabiamente entendeu a importância do estudo para mim.

RESUMO

A presente pesquisa aborda a questão da segurança das informações do paciente registrada no prontuário médico e os possíveis desdobramentos jurídicos da quebra de dever de guarda desse tipo de documento. Muitas vezes ignorados pelos gestores, a falha no processo de gestão destes documentos pode dificultar o direito de acesso as informações dos pacientes e consequentemente, comprometer outros direitos fundamentais, como por exemplo, o acesso aos benefícios do Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, colaborando com as estatísticas, direitos e anamnese¹ de tais pacientes. A má gestão do prontuário médico pode gerar para a instituição responsabilização judicial, que pode causar impactos financeiros e danos à imagem da instituição. A busca pela modernidade também é um grande aliado para a facilitação da consulta e rapidez ao acesso dessas informações, por meio do prontuário médico eletrônico. A metodologia adotada para desenvolver este trabalho foram pesquisas quantitativas e qualitativas, seguida de pesquisa bibliográfica em todas as etapas seguida de pesquisa exploratória na empresa luz desta pesquisa, o que resultou numa visão ampla sobre o assunto e ao levantamento dos riscos que decorrem da quebra de guarda documental.

Palavras-chave: Gestão. Prontuário médico. Pacientes. Guarda documental. Responsabilidade jurídica.

¹ A anamnese é instrumento exclusivo de avaliação propedêutica médica. Disponível em: <http://academiamedica.com.br/segundo-o-cfm-como-deve-ser-feita-uma-anamnese-adequada/>. Acesso em: 10-06-2015.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Localização do Hospital Municipal José Lucas Filho.....	44
FIGURA 2 - Hospital Municipal José Lucas Filho.....	45
FIGURA 3 - Armazenagem de prontuários médicos.....	47
FIGURA 4 - Gráfico de solicitações de cópia de documentos no SAME 1º semestre de 2015.....	49
FIGURA 5 - Arquivo SAME 2015.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC –	Antes de Cristo
AMA –	Arquivo Memória e Acesso
BE –	Boletim de Entrada
CEP –	Código de Endereço Postal
CFM –	Conselho Federal de Medicina
CONARQ –	Conselho Nacional de Arquivo
CRM –	Conselho Regional de Medicina
CST/SIPR -	Coordenação do Sistema de Tributação - Superintendência Regional
CTI –	Centro de Tratamento Intensivo
ECG –	Eletrocardiograma em repouso
GED –	Gerenciamento Eletrônico de Dados
GTAM –	Grupo de Trabalho sobre Arquivos Médicos
HOSPUB –	Sistema e Informação Hospitalar
IAM –	Infarto Agudo do Miocárdio
ICP-Brasil –	Infraestrutura de Chaves Públicas
INSS –	Instituto Nacional de Seguridade Social
NGS –	Nível de Garantia de Segurança
PEP –	Prontuário Eletrônico
POP –	Procedimento Operacional Padrão
PD –	Processo Ético de Disciplinas
PS –	Pronto Socorro
SAME –	Serviço de Arquivo Médico
SAMU –	Serviço Ambulatorial Médica de Urgência
SUS –	Serviço Único de Saúde
TCE –	Traumatismo Craniano Encefálico
TTD –	Tabela de Temporalidade Documental
UAI –	Unidade de Atendimento Imediato
UBS –	Unidade Básica de Saúde
UTI –	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Proposta do problema	13
1.1.1	Problema	13
1.1.2	Justificativa	13
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo geral	15
2.1.2	Objetivos específicos	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1	Prontuário médico	16
3.1.1	Conceito e histórico	16
3.1.2	Função e utilidades do prontuário médico	18
3.1.3	Composição obrigatória	18
3.1.4	Prontuário Eletrônico e prontuário de papel	19
3.2	Gestão documental	20
3.2.1	Conceito e delimitações	23
3.2.2	Função da gestão documental	25
3.3	Gestão documental e prontuário médico	26
3.3.1	Regras de Armazenamento	26
3.3.2	Disponibilização de informação (procedimentos)	28
3.3.3	Lei de acesso à informação	30
3.3.4	Possíveis sanções em caso de perda ou negligência no preenchimento e responsabilização ética perante o conselho profissional	33
4	METODOLOGIA	41
5	RELATÓRIO DA PESQUISA	43
5.1	Descrição do Hospital Municipal José Lucas Filho	43
5.2	A Gestão Documental do Prontuário no Hospital Municipal José Lucas Filho –Serviço de Arquivo Médico do Hospital Municipal José Lucas Filho - SAME	45
5.3	Análise quantitativa dos dados	48
5.4	Análise dos riscos	50
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
	REFERÊNCIAS	56

1 INTRODUÇÃO

A informação é uma ferramenta muito importante para que o cidadão possa exigir e assegurar seus direitos. Na saúde muitas vezes as informações médicas que estão relacionadas a tratamentos e atendimentos são tratadas ainda de forma marginalizada, em virtude da figura dos médicos como detentores de todo o poder sobre a informação, fazendo com que muitos usuários fiquem receosos de questionar ou pedir explicações a respeito do seu tratamento.

Nesse sentido, é importante indicar que é obrigação do médico e um direito do paciente ter todas as informações pertinentes ao seu estado de saúde. O paciente deve ser informado a todo o momento sobre tudo que está acontecendo com ele e sobre o tratamento ao qual está e será submetido, devendo tais informações ser inseridas de maneira regular nos registros médicos do paciente junto à instituição, que farão a composição do prontuário médico .

O prontuário médico do paciente é um documento completo e multidisciplinar, recebendo informações dos vários profissionais que acompanharam o paciente. Após determinado período ou ao final do tratamento, este documento deverá permanecer sob guarda e proteção da instituição por pelo menos 20 anos.

As informações contidas no prontuário médico do paciente constituem um acervo riquíssimo para as instituições. Dentre as várias utilidades possíveis, destaca-se a possibilidade de serem utilizadas como fonte de pesquisa por médicos e residentes para investigar doenças epidemiológicas ou casos considerados raros na medicina; prova documental em possíveis processos judiciais, em favor da instituição ou do paciente; são utilizados como base documental para acesso a direitos fundamentais do paciente, tais como os garantidos no campo previdenciário através do Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS; e podem servir como base para elaboração de políticas públicas, visando melhoria da qualidade no atendimento.

Por outro lado, a perda destas informações poderá resultar em prejuízo para o paciente – que poderá ter dificuldades para exercer diversos direitos que demandariam acesso às informações médicas – e também para a instituição, já que ela pode vir a responder judicialmente por documento que deveria estar sob sua guarda e não foi encontrado – o que poderia levar ao pagamento de indenizações de valor proporcional ao dano que a perda causar ao paciente prejudicado, além de prejuízos à imagem da própria instituição.

Hoje, com os avanços tecnológicos, o prontuário eletrônico do paciente (PEP) já está sendo utilizado em algumas instituições de saúde. Essa seria a forma mais segura e democrática de lidar com estas informações. Apesar da segurança, ainda há resistência por parte de alguns profissionais e instituições mais conservadores. Nas instituições públicas o governo tem buscado formas de implementação deste sistema, mas os resultados são ainda um pouco “tímidos”, talvez pela falta principalmente de recursos para investimento nesta área e por demandar a utilização de um sistema muito complexo para sua correta implantação e funcionamento².

De acordo com dados fornecidos pela TOTVS³, empresa no ramo de sistema de gestão tecnológica, o setor de saúde é o menos informatizado das indústrias; é o segmento mais baseado em papel no mundo. No Brasil são pelo menos 7 mil instituições, das quais apenas 19%, são informatizadas.

A informatização nesta área poderia reduzir drasticamente o volume de papel, agilizar os atendimentos, facilitar o processo de comunicação – democratizando o atendimento – e também proporcionar a redução dos custos, no que tange o gasto com papel e impressão. Para o paciente seria a forma mais fácil e segura de armazenamento dos seus dados, além de possibilitar um acúmulo de informações que produzirá um acervo científico que servirá como fonte de pesquisa para profissionais de diversas áreas, mediante autorização do paciente e equipe médica responsável, em virtude da ética, porém com conteúdo importante para a pesquisa científica. Representaria, também, facilitação do acesso à informação e a minimização dos riscos de extravio de documentos, aumentando a proteção da instituição responsável pela guarda.

Todo esse cenário serviu de base para a construção da presente pesquisa aplicada, com vistas a analisar a gestão de prontuário médico em uma determinada instituição pública de atendimento de saúde para apontar se a mesma gera riscos de responsabilização judicial. Como objeto de pesquisa foi escolhido o Hospital Municipal José Lucas Filho, localizado no município de Contagem/MG, instituição na qual foi analisado o atual formato de gestão documental dos prontuários médicos existentes e o número de solicitações de cópias de prontuários atendidos e não atendidos (e, nesse último caso, o motivo do não atendimento). Para tanto, após a apresentação do problema, justificativa e objetivos nos capítulos 1 e 2, o trabalho apresenta em seu capítulo 3 o referencial teórico abordando o prontuário médico e

² Disponível em: <http://exame.abril.com.br/publicidade/dell/automatizacao-nos-hospitais/>. Acesso em 10-06-2015.

³ Disponível em: <http://www.totvs.com/software-de-gestao/saude/hospitais>. Acesso em 10-06-2015.

suas regulamentações, a gestão documental e suas implicações e a relação entre gestão documental e prontuário médico, com seus possíveis desdobramentos jurídicos. No capítulo 4 é apresentada a metodologia adotada para realização da pesquisa. A descrição da instituição objeto de análise e seu modo atual de gestão documental do prontuário médico são apresentados no capítulo 5, onde também é feita a apresentação e análise de riscos a partir do número de solicitações de cópias de prontuário. Em sede de conclusão, é apresentada a síntese sobre a gestão documental adotada pela instituição e os riscos aos quais está submetida.

1.1 Proposta do problema

1.1.1 Problema

Cuidar do prontuário médico do paciente a partir das informações geradas em cada atendimento, é um desafio para as instituições de saúde, devido ao grande volume de papel gerado, falta de mão de obra especializada e espaço físico adequado, principalmente para a instituição tema desta pesquisa.

A lei exige que as instituições de saúde armazenem de maneira segura estas informações por pelo menos 20 anos, garantido o direito do paciente do sigilo das informações e acessibilidade às suas informações sempre que precisar.

A falta de planejamento e a não priorização deste serviço poderá dificultar o direito do paciente em ter acesso as suas informações, comprometendo o seu tratamento ou prejudicando a garantia de outros direitos como os benefícios previdenciários geridos pelo Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS, seguros e outros benefícios. Dessa forma, o tratamento que o arquivo médico recebe pode, futuramente, acarretar danos para o paciente e consequentemente para a instituição, que correrá o risco de responder por quebra de guarda de documento que deveria estar sob sua proteção.

A partir destes fatos levanta-se a questão: a gestão documental do prontuário médico adotada pelo Hospital Municipal José Lucas Filho pode gerar a ele riscos de responsabilização jurídica?

1.1.2 Justificativa

Este trabalho se justifica pelo grau de importância que tem os documentos médicos para a garantia de direitos do cidadão - no que vem a atender a proposta de humanização do

Sistema Único de Saúde (SUS) , que corresponde necessariamente a um dever de guarda da instituição de saúde, dever esse que deve ser cumprido de maneira integral pelo prazo de vinte anos, sob pena de colocar a instituição em posição de risco de responsabilização jurídica. Isso porque a preservação das informações é essencial para tornar possíveis o acesso e a efetivação dos direitos do cidadão que recebe atendimento em instituições de saúde. Para que essa preservação aconteça, é necessário planejamento, levando em conta o espaço físico, insumos utilizados para identificação destes documentos, formas de arquivo e qualificação dos profissionais.

Nesse sentido, averiguar se o modo de gestão documental do prontuário médico é capaz de garantir o acesso à informação e o cumprimento do dever de guarda é fundamental para qualquer instituição de saúde. A análise se mostra necessária para identificar os pontos da gestão que não estão de acordo com o desejável e que, em virtude disso, colocam a instituição em situação de vulnerabilidade a eventual responsabilização jurídica pela quebra do dever de guarda, pois dessa forma se torna possível o saneamento dos problemas, a construção de novas maneiras de gestão documental e, por consequência, a minimização dos riscos de impacto negativo tanto do ponto de vista jurídico (evitando processos, penalizações e indenizações) quanto do ponto de vista da imagem e reputação da instituição.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar até que ponto a atual gestão documental dos prontuários médicos pode gerar riscos de responsabilização judicial à instituição.

2.1.2 Objetivos específicos

- Levantar o fluxo atual da gestão documental de prontuários médicos adotado pela instituição;
- Levantar os números de solicitações de cópias de prontuários médicos feitos em um determinado período;
- Identificar quantos pedidos foram atendidos plenamente, quantos não foram atendidos e qual foi o motivo dos casos do não atendimento;
- Identificar os possíveis riscos jurídicos que a instituição pode correr a partir da gestão documental adotada.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Prontuário médico

3.1.1 Conceito e histórico

O termo “prontuário” vem do latim *prontuarium*, que significa lugar onde se guarda coisas que deve estar à mão⁴. Designa, portanto, o “conjunto de documentos padronizados e ordenados destinados a registros dos cuidados profissionais prestados ao paciente pelo serviço de saúde pública ou privada”. (HOUAISS, 2001).

Devemos considerar que prontuário médico não é apenas o registro da anamnese do paciente, mas sim todo conjunto de documentos, com pareceres de todos os profissionais envolvidos no processo de tratamento do paciente, organizados e precisos. Relatórios, fichas documentais, exames complementares, prescrições terapêuticas e tudo mais que diz respeito ao diagnóstico e cuidados com o paciente. (FRANÇA, 1995, p. 241).

O prontuário é um composto de registros clínicos, que reúne toda documentação que se refere ao atendimento prestado ao paciente por um determinado período em uma instituição de caráter público ou privado. “Estes registros são determinados por um conjunto de leis, normas, códigos, resoluções, regulamentos, estatutos e regimentos, que sofrem constantes mudanças como forma de adaptações e atualizações”. (CRM-DF, 2007, p. 33).

De acordo com Conselho Federal de Medicina - CFM, na Resolução nº 1.638/2002 em seu Art 1º, define o prontuário do paciente 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. (CFM, 2002, p. 1).

Os primeiros achados de registro médico do paciente foram feito por volta do ano 3000 A, de um médico egípcio, que em papiro fez o relato de quarenta e oito procedimentos cirúrgico. Hipócrates, no século V, tratou o assunto com o caráter mais científico. (CARVALHO, 1977).

⁴ Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/prontuario.pdf>. Acesso em 12-06-2015.

Já na Europa, na idade média as grandes epidemias, os registros das informações eram importantes para explicar tais fenômenos. Já no período renascentista, os métodos científicos eram adotados levando em consideração o caráter primário da medicina em relação ao conhecimento e a natureza.

Já em 1877 nos Estados Unidos, o Hospital Geral de Massachussets, iniciou o processo sistemático para arquivar dados clínicos dos pacientes. Foi o primeiro hospital a organizar o Serviço de Arquivo Médico - SAME. Após a Segunda Guerra Mundial estes arquivos se tornaram acessíveis através da padronização dos mesmos.

Plummer, em 1907, criou o registro dos pacientes e em 1920 os médicos buscaram fazer a padronização destes registros.

Em 1989, com o surgimento do estetoscópio⁵, o médico passou a relatar mais suas observações e menos os relatos do paciente e registrava estas informações em livro próprio. Tudo era bem documentado, mas havia a dificuldade em acessar vários livros para se ter informações de um mesmo paciente.

No Brasil, o hospital da Universidade de São Paulo foi o primeiro a implantar o SAME, em 1943. Em 1952 a lei Alípio Correa Neto passou a exigir que os hospitais públicos e filantrópicos adotassem formas de arquivos adequadas, a respeito do tratamento de seus pacientes, como condição para receber recursos e financiamentos públicos.

Atualmente o prontuário médico do paciente é visto como um documento onde todos os profissionais que acompanham o paciente devem fazer suas anotações de forma clara, objetiva e completa. É regulada pela resolução do CFM nº1821/2007, que autoriza a digitalização e dita normas técnicas para o uso de sistema informatizado na elaboração dos prontuários do paciente, incluindo neste processo a exigibilidade da assinatura digital. Além disso, o CFM, nos artigos de 1º ao 6º da Resolução 1638/2002, regulamenta a responsabilização acerca do preenchimento do prontuário e sobre a obrigatoriedade da criação da “comissão de prontuários”, equipe de multiprofissionais que trata as informações do prontuário com o objetivo identificar as não conformidade e orientar os demais profissionais da saúde sobre a forma correta de se fazer as anotações no prontuário médico.

5 Estetoscópio é o “aparelho que os médicos usam para auscultar os sons produzidos por certos órgãos do corpo, como coração, pulmões, intestino, artérias e veias”. S.A. Disponível em: <<http://www.dicio.com.br/estetoscopio>>. Acesso em: 14/12/15.

3.1.2 Função e utilidades do prontuário médico

O prontuário médico do paciente é um documento fundamental que reúne informações do paciente ao decorrer do tratamento, que se tornará peça fundamental para qualquer processo envolvendo a saúde do paciente e o tratamento a ele dispensado:

O prontuário do paciente representa segurança para os médicos cultos e conscienciosos, ameaça constante para audazes sem escrúpulos, ignorantes e incorrigíveis e uma barreira intransponível contra reclamações e caprichos de clientes descontentes. (LACASSAGNE, 1924, p. 94).

Tornello, Nunes e Panaro (2013), citam vários estudiosos da área de gestão em saúde para pontuar a importância do prontuário em todos os aspectos dentro da instituição, reconhecendo o documento como instrumento de informação capaz de agregar valor estratégico na organização gerencial de instituições de saúde.

Molina e Lunardelli (2010) também compartilham desta ideia e declaram que a estruturação de qualidade e a completude do prontuário proporcionarão o uso adequado de recursos e serviços, evitando a repetição dos processos e favorecendo otimização de custos.

No que se refere a planejamento de ações públicas do governo, o prontuário oferece dados para estudos que servirão para definir medidas e critérios de investimentos na saúde. (VIEIRA, 2001).

Para estudos científicos a completude destes documentos e a diversidade das informações resultam em um acervo rico que permitirá o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde, desenvolvendo novas técnicas de tratamento, identificação de doenças raras, controles epidemiológicos e outros. (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003).

Já para o paciente, é a garantia de respeito e dignidade no tratamento. Ser informado sobre a sua doença e sobre o tratamento que será submetido, os resultados e os riscos que corre. Estes documentos também asseguram direitos provenientes desta relação médico paciente, mesmo após o tratamento. Por isso a instituição tem a obrigação de guarda deste documento.

3.1.3 Composição obrigatória

O artigo 1º da Resolução n. 1.638, de 2002 do CFM estabelece quais são os elementos que deverão compor um prontuário médico. Seja qual for o estabelecimento médico e independentemente do caso ou da forma de tratamento, o prontuário deverá conter os seguintes documentos:

- Identificação do paciente, com o nome completo, data de nascimento, sexo e o nome da mãe,
- Naturalidade (indicando nome da cidade e o estado onde nasceu) o endereço completo (nome da rua, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e código de endereço postal - CEP;
- Anamnese⁶, que consiste na pesquisa dos laudos médicos, em possível exames físicos realizados pelo paciente, posteriormente em exames complementares que tenham sido solicitados, bem como seus respectivos resultados, caso haja hipóteses que tenham sido diagnosticadas, integram também a esses diagnósticos definitivos o tratamento efetuado;
- Evolução diária do paciente, com registros detalhados e de forma objetiva com data e hora, de todos os procedimentos que foram feitos no paciente com a identificação de todos os profissionais que participaram do tratamento; os documentos deverão conter assinatura e o n° de registro no CFM- deste profissional e quando se tratar PEP (prontuário eletrônico do paciente) deverá conter assinatura digital. No prontuário físico a letra deverá ser legível e de fácil entendimento.
- Em atendimento de emergência, quando não for possível saber a história clínica do paciente, o médico deverá relatar todos os procedimentos realizados minuciosamente, com diagnóstico e até mesmo a necessidade de transferência para outra unidade. (CFM, 2002)

É importante destacar que o prontuário médico é um direito do paciente e obrigação do médico. O profissional não pode recusar anotações no prontuário ou se negar a fornecer informações ao paciente a respeito da sua saúde e tratamento. (PAZIN, 2005). O Código de Ética Médica em seu artigo 71 considera antiético o profissional que deixar de fornecer informações completas sobre o real estado do paciente, quando for o caso de transferência ou encaminhamento a outros serviços médico para dar continuidade ao tratamento.

3.1.4 Prontuário Eletrônico e prontuário de papel

O prontuário médico do paciente pode ser feito de duas formas: em papel ou em formato eletrônico. O prontuário eletrônico do paciente (PEP) deve seguir a mesmas regras do prontuário de papel, estabelecido pelo CFM, na resolução de n°1638/2002. Esta resolução

⁶ A anamnese é instrumento exclusivo de avaliação propedêutica médica. Disponível em: <http://academiamedica.com.br/segundo-o-cfm-como-deve-ser-feita-uma-anamnese-adequada/>. Acesso em: 10-06-2015.

também dá a definição de prontuário e a obrigatoriedade de uma comissão de prontuários nas instituições de saúde.

O prontuário de papel possui uma série de desvantagens em relação ao prontuário eletrônico, como por exemplo, baixa mobilidade, letras ilegíveis, ambiguidade, perdas das informações, dificuldade de pesquisa pela multiplicidade de pastas e a indisponibilidade das informações simultânea para outros profissionais. (PAZIN, 2005).

A principal característica do sistema que possibilita o PEP é a disponibilidade das informações, atualizadas para o médico em qualquer tempo e local, incluindo exames laboratoriais e/ou de imagem. Com muito mais segurança, é possível compartilhar as informações do paciente com outros profissionais e até mesmo com outras instituições responsáveis pelo tratamento do paciente. Outra vantagem positiva do PEP é economia de tempo que resulta de um bom sistema eletrônico, na elaboração do prontuário; o tempo economizado poderá ser dedicado ao paciente. (KLUCK, 1996).

O PEP também está relacionado a benefícios em pesquisa clínica, adesão de protocolos clínicos e assistenciais, gerando um banco de dados de informações secundárias que podem ser utilizados em estudos epidemiológicos e estatísticos. (KLUCK, 1996). No Brasil, para que um documento eletrônico possa ter validade jurídica, ética e legal, deve-se necessariamente assiná-lo utilizando o certificado padrão Infraestrutura de Chaves Públicas - ICP-Brasil. (CFM, 2013, p. 93).

É importante ressaltar que tais documentos precisam de um certificado de garantia e de segurança. Por isso, deverá constar no prontuário eletrônico a assinatura digital de todos os profissionais que realizaram algum tipo de procedimento no paciente.

3.2 Gestão documental

A criação e acumulação de documentos por uma instituição e/ou pessoa ocorre sempre de acordo com as atividades e funções exercidas por ela durante sua existência. A vida de uma instituição criada começa pelo seu registro, que é documentado em contratos para poder prestar algum serviço à comunidade em que está inserida. Estas atividades afins devem ser elaboradas para atender as necessidades de seus usuários. (PAZIN, 2005, p. 9).

Toda documentação criada nas diversas fases de atendimento e atividades exercidas pela instituição deve ser preservada. Esta preservação precisa se concentrar em locais adequados de acordo com a política interna da organização para poderem ser recuperados quando solicitados; são os chamados arquivos, que quando organizados por qualquer

instituição pressupõem a análise de sua estrutura administrativa e das funções dos documentos por ela gerados. (PAZIN, 2005, p. 9). Nesse sentido, é necessário que se defina etapas de organização no arquivo para que tais documentações não fiquem restritas apenas a pessoas que têm acesso de gênero exclusivo aos documentos e que possam ser organizados para que sejam recuperados de forma mais acessível.

A gestão documental surge diante dos novos modelos administrativos. As empresas são obrigadas a tratar melhor sua documentação, as quais terão que se adequar as devidas exigências do mercado e acompanhar as novas estratégias da administração. O documento passa a ter valor deixando de ser desprezado nas instituições. O grande volume de informações gera inúmeros registros que são documentados, e precisam ser guardados para serem acessados quando solicitados. Em qualquer instituição pública ou privada os documentos estão presentes e o valor atribuído a eles depende da informação que se precisa, seja para tomada de decisão nos negócios, como provas de alguma atitude ou como fonte de conhecimento.

O valor do documento é dado depois que é feita uma avaliação. Para que a informação tenha valia, ela precisa ser triada, tratada e organizada segundo critérios, muitas vezes generalizados dentro do âmbito da arquivologia e documentação, ou criados pela própria empresa ou organismo público baseando-se em sua atividade-fim ou necessidades específicas de processos de trabalho. (GED, 2015, p. 11).

Toda e qualquer informação possui um valor a ela agregado para ter condição de ser disseminada. Tal valor concentra-se na satisfação do paciente em buscar e receber tal informação que anseia em tempo suficiente para suprir sua necessidade. Os importantes centros de documentação necessitam de critérios para que tal ato ocorra em sua unidade de informação.

De acordo com a Lei n. 8.159, de 8 de janeiro de 1991:

Considera-se gestão de documentos o conjunto de procedimentos e operações técnicas referentes à sua produção, tramitação, uso, avaliação e arquivamento em fase corrente e intermediária, visando a sua eliminação ou recolhimento para guarda permanente. (BRASIL,1991).

Os arquivos guardam a informação que precisamos, seja ela cultural, acadêmica, técnica, histórica, como estatística, prova ou progresso. É o elemento necessário para a evolução humana e para faze uso dela, é necessário um profiissional com conhecimentos

específicos para tratar e disseminar as informações necessárias aos usuários da instituição em que estão inseridos. (VIEIRA, 2001, p. 93).

Os profissionais envolvidos com a informação, como os arquivistas, bibliotecários e documentalistas, têm em comum o conhecimento específico em sua área; estas informações obtidas são normalizadas e organizadas para que outros as sistematizem e seus conhecimentos sejam ampliados. (SMITH, 2009, p. 46).

Cada instituição precisa realizar uma análise de seu acervo, com o objetivo de não arquivar documento que não há valor ou necessidade. Conforme o Arquivo, Memória e Acesso – AMA, o valor de um documento é definido em uma instituição depois dessa análise que determina seu peso jurídico, legal, administrativo, fiscal e seu período de arquivo, conforme os requisitos da Tabela de Temporalidade Documental – TTD.

O desenvolvimento da TTD consiste nas etapas descritas, a seguir:

- Na etapa de coletar dados sobre cada documento verifica-se sua validação de acordo com a legislação vigente; entrevistar o pessoal nos setores que criam e recebem os documentos; fazer o levantamento do acervo;
- Formar o banco de dados de temporalidade com cada documento analisado e registrado;
- Fazer reunião para discutir a aprovação por área e o formato da TTD;
- Formar o banco de dados com os documentos gerados por área; colocando links de acordo com a legislação com o prazo de validade de cada documento;
- Elaborar o manual de procedimentos e de atualização da TTD;
- Aplicar a TTD separando documentos válidos dos vencidos. (BERNARDES; DELATORRE, 2008).

O período de arquivamento do documento poderá ser distinto para o empresário e para seu cliente. Conforme a posição legal de arquivamento de documentos administrativos, é definido o período de arquivamento de acordo com cada modelo e tipo de documento, conforme as disposições contidas na Lei nº.5.172 (Código Tributário Nacional); na Lei nº 8.212 (Lei Orgânica da Seguridade Social); na Instrução Normativa nº.8/93 da Secretaria da Receita Federal; e o Parecer 410 da Coordenação do Sistema de Tributação (CST/SIPR).

Portanto, toda instituição está obrigada a arquivar e conservar seus documentos conforme o definido por lei e manter um profissional qualificado para seguir as etapas de triagem e avaliação para eliminar o que não tiver mais utilidade para a instituição.

A classificação e a TTD são fundamentais para a gestão documental, como informa o GED (2015), onde diz que após a avaliação dos documentos resulta a TTD onde encontram-se os códigos de classificação, os assuntos, os prazos de guarda e o destino final da documentação produzida, recebida e distribuída na instituição.

Schellenber (2004, p. 67) afirma que os arquivos, à medida que aumentam em volume, tornam-se também mais complexos, por isso a eliminação de alguns documentos sem importância, é feita logo no início da avaliação. Para que não seja dada a importância a documentos sem valor, na triagem inicial do processo de avaliação eles já podem ser descartados evitando-se o acúmulo de documentos sem valor para a instituição.

É de suma importância que o profissional da saúde, além de capacitação técnica para tratar e diagnosticar o paciente, seja também conhecedor das normas que regem o prontuário, principalmente enquanto documento que comporá o arquivo do paciente e sujeito às regras e procedimentos de gestão documental, para que evite possíveis envolvimento em processos judiciais e consequentes perdas e danos para o paciente.

3.2.1 Conceito e delimitações

Conforme a Lei Federal de n.º 8.159, de 8 de janeiro de 1991, art. 3.º considera-se gestão de documentos o “conjunto de procedimentos e operações referentes à sua produção, tramitação, uso, avaliação e arquivamento em fase corrente e intermediária, visando a sua eliminação ou recolhimento para guarda permanente”.

A Gestão documental tem se revelado uma importante ferramenta de planejamento e estratégia nas empresas. Com o avanço da tecnologia o Governo moderno permite acesso às suas informações como forma de exercício de cidadania e fortalecimento do processo democrático. As informações contidas em registros públicos também são utilizadas pelo governo para planejar ações, tomar decisões, comprovar direitos individuais e coletivos e na preservação da memória coletiva. (BERNARDES; DELATORRE, 2008).

Para os hospitais, essa prática vem trazendo uma transformação no ambiente da saúde, e cada vez mais os gestores tem se preocupado em incorporar novas técnicas administrativas, deixando um pouco o caráter assistencial isto é, filantrópico das instituições de saúde e assumindo uma relação mais direta de prestadora de serviços. O paciente se torna cliente e poderá exigir seus direitos, questionar e participar ativamente dos processos que envolvem o seu tratamento. (CUNHA; SILVA, 2003).

Nestes termos a gestão documental se faz mais que necessária, já que todos os processos de avaliação, forma de tratamento, medicação, evolução e outros procedimentos, servirão como prova documental tanto para o médico quanto para o paciente. Para os gestores, a documentação poderá fornecer dados estatísticos que serão utilizados como apoio para planejar ações e tomar decisões, e poderá também, servir como parâmetro para medir qualidade dos serviços prestados e dos resultados obtidos. (CUNHA; SILVA, 2003).

Alguns hospitais contam com modernos sistemas de redes integradas, facilitando a comunicação e a tramitação de documentos. Nesse sentido, destaca-se a iniciativa do Governo Federal, através do Ministério da Saúde, relativa à proposta da Política Nacional de Informação e Informática na Saúde, que contempla a implantação do prontuário eletrônico do paciente. (CUNHA; SILVA, 2013).

Segundo Cunha e Silva (2013), a implantação do PEP seria a forma mais democrática e segura de uma comunicação mais eficaz, além do benefício do acesso rápido às informações do paciente, o que permitirá uma intervenção imediata nos casos mais complexos. Estes mesmos dados alimentarão um sistema integrado de comunicação para suprir diversas áreas, favorecendo todo processo de gestão hospitalar.

Nesse sentido, a informatização é uma ferramenta muito importante no processo de gestão documental, porque facilitará o acesso simplificando e otimizando as ações através do plano de classificação e da tabela de temporalidade, que permitirá o descarte seguro de documentos que já cumpriram a sua função documental e assegurando o armazenamento daqueles que devem guardar o seu prazo previsto em lei ou que possuem memória permanente.

Conforme Bernardes e Delatorre (2008, p. 63), apesar da citada importância da informatização das informações,

[...] pode parecer ao Poder Público que o pleno e rápido acesso às informações depende exclusivamente da incorporação de tecnologias avançadas. Não se cogita que o desenvolvimento de sistemas informatizados dependa de requisitos que apenas uma política de gestão documental possa definir.

Com ou sem informatização, a gestão documental pressupõe o estabelecimento de regras e fluxos para o tratamento, armazenamento e disponibilização de informações. É exatamente isso que permite o cumprimento do papel de fornecer informações transparentes, de forma rápida e segura, atendendo assim uma exigência que se faz cada vez mais presente no mundo moderno e também pela legislação, conforme o artigo 4º da Lei Federal de Arquivos número 8.159, de 8 de janeiro de 1991:

Todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular ou de interesse coletivo ou geral, contidas em documentos de arquivos, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, salvas aquelas cujos sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado, bem como à inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da honra e da imagem das pessoas. (BRASIL, 1991).

A gestão documental depende de recursos técnicos, humanos e financeiros, que definirão as normas e procedimentos para produção, classificação e eliminação de documentos, tendo como referência o seu ciclo de vida útil dentro dos critérios definidos pela ciência arquivística. É preciso ressaltar que a indefinição de uma política de gestão, ausência de normas e de procedimentos, dificulta o acesso as informações. A falta de regras e procedimentos adequados para arquivo de documentos poderá dificultar o acesso a informação, podendo inclusive levar à responsabilização da instituição. (DINIZ, 2003).

3.2.2 Função da gestão documental

Para Vieira (2001), a gestão documental surge com o intuito de assegurar o exercício de cidadania, tornar o acesso a informação mais ágil, promover a transparência nas ações administrativas, garantir um processo mais econômico, eficiente e eficaz na administração tanto pública quanto privada e agilizar o processo decisório, além de incentivar o trabalho em equipe, controlar a movimentação de documentos e racionalizar a produção dos mesmos, fazer avaliação dos documentos objetivando transparência no que tange o recolhimento ou a eliminação de documentos, preservando o que for de guarda permanente.

A gestão documental conta com dois instrumentos que são fundamentais no seu processo:

- Plano de classificação de documentos de arquivo: consiste em classificar e recuperar documentos, fazendo o agrupamento destes de acordo com sua origem, função, produção e acumulação.
- Tabela de temporalidade: trata dos prazos de guarda dos documentos, avaliação de prazo de guarda conforme valores administrativos, jurídico legal, técnico, histórico. Através desta tabela decide pela eliminação do documento o arquivo permanente. (SMITH, 2009).

3.3 Gestão documental e prontuário médico

O arquivo médico possui normas de procedimentos, determinados na Constituição Federal e definidos pela ciência arquivística. Esta ciência possui princípios que devem ser observados, sendo eles:

- princípio da proveniência, que trata da definição da forma de arquivo de acordo com o exercício da instituição ou pessoa responsável pela produção, cumulação e guarda, preservando o caráter originário e individual não confundindo a documentos de outra origem;
- princípio da organicidade, que diz sobre a qualidade do arquivo e a forma de estruturar funções e atividades da entidade em suas relações internas e externas;
- princípio da unicidade, que aborda a unicidade de cada documento no que se refere ao gênero, forma e tipo de suporte de acordo com a sua finalidade;
- princípio da indivisibilidade ou integridade, que prevê que o arquivo deve se manter íntegro e indivisível, garante a preservação dos fundos de arquivo sem danificar o documento,
- princípio da cumulatividade, que trata da questão orgânica e cumulativa que se dá de forma progressiva. (BERNARDES; DELATORRE, 2008).

Estes princípios têm como objetivo garantir as funções de um arquivo de documentos no que se refere a utilização, conservação e preservação de fundos de arquivos, mantendo características que compõem o arquivo como ser progressivo, natural e orgânico. (SMITH, 2009).

3.3.1 Regras de Armazenamento

Segundo o Carneiro, Leão e Pereira (2002), são comuns os questionamentos que chegam até os Conselhos de Medicina a respeito de qual encaminhamento deve ser dado em relação aos prontuários médicos do paciente. Os documentos médicos do paciente acumulam-se em instituições de saúde aos milhares, gerando um custo de manutenção muito alto para os hospitais e clínicas médicas. Ainda de acordo com estes autores “[...] atualmente, no Brasil, efetuam-se mais de 360 milhões de consultas médicas por ano, o que torna inviável o arquivamento de elevada quantidade de papéis”.

O Conselho Nacional de Arquivo (CONARQ), através da Portaria nº 50, de 9 de abril de 2001, criou o Grupo de Trabalho sobre Arquivos Médicos (GTAM), destinado a "realizar estudos, propor diretrizes e normas no que se refere à organização, à guarda, à preservação, à destinação e ao acesso de documentos integrantes de arquivos da área médico-hospitalar" (CONARQ, 2001, p. 72). Trata-se de um grupo de trabalho interdisciplinar que se propõe a realizar estudos e definir regras de acessibilidade, preservação e destinação de documentos da área hospitalar. Esse órgão criou um documento intitulado "Considerações e Diretrizes para Estabelecer a Temporalidade e Destinação dos Prontuários de Pacientes".

Neste documento o GTAM redefine o prontuário médico e estabelece um ciclo de vida para o mesmo, da mesma forma que a ciência de arquivologia define para demais documentos. Dessa forma o prontuário deverá obedecer aos critérios de fases temporais dos arquivos, como corrente, intermediário e permanente, obedecendo ainda o caráter primário ou secundário, que servirá como documento científico ou probatório.

O prontuário na sua fase corrente é de caráter primário, criado para registrar todos os procedimentos de tratamento do paciente; segue assim até a melhora com alta do paciente ou o seu falecimento. Na fase intermediária, o documento poderá ser utilizado como fonte de pesquisa, em caso de retorno do paciente pelo mesmo motivo de doença; após encerrar o motivo pelo qual o prontuário foi criado, este passará a ter o valor secundário, que é caracterizado pela utilização destas informações como fonte de pesquisas para áreas diversas como científica, médica, histórica e social. Na terceira fase, que é de arquivo permanente, o prontuário recebe valor permanente e não poderá ser descartado por pelo menos 20 anos.

Para o CFM, é nesta terceira fase é que surge o questionamento a respeito do tempo de guarda destes documentos já que demanda um grande espaço físico. É por esse motivo, conforme relata o consulente, que o GTAM criou uma nova definição de prontuário excluindo o termo permanente, admitindo que estes documentos possam manter o caráter permanente em versões de microfilmagem ou em qualquer outro suporte admitido pela lei.

Mesmo com o avanço da tecnologia, o prontuário físico (ou de papel) ainda é o que predomina nas instituições de saúde, pelo fato de a transferência destes documentos para discos ópticos e outros da mesma linha não serem respaldados pela lei. (VIEIRA, 2001).

A Resolução do CFM nº 1821/07 faz as devidas considerações a respeito do prontuário, em relação às obrigações do médico e direito do paciente. Ressalta também a cumulatividade de papéis onerando as instituições de saúde e aborda o avanço tecnológico e a

possibilidade de um serviço mais eficiente, com mais segurança e garantia do sigilo dos dados e demais observações descritas nesta lei.

Para atender a estas demandas o CFM especificou as normas e aprovou o Manual de Certificação para o Sistema de Registro Eletrônico em Saúde (2013). Ele defende a ideia de que o armazenamento dos prontuários deverá obedecer a norma específica de digitalização, que serão analisados obrigatoriamente pela “Comissão de Revisão do Prontuário, obedecendo às normas da Comissão Permanentes de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo” de acordo com o art 2º do manual. Este manual autoriza em seu art 3º o uso dos sistemas informatizados.

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. (CFM, 2013).

Já nos parágrafos 1º e 2º do manual é estabelecido que a digitalização deverá efetuar a cópias dos prontuários na íntegra e os documentos digitalizados deverão ser controlados pelo Gerenciamento Eletrônico de Documentos (GED) - sistema especializado.

Indica ainda que os documentos digitalizados só poderão ser eliminados após análise e aprovação da Comissão de Revisão de Prontuários da unidade geradora destes documentos, e determina também o dever da guarda permanente, conforme artigos.

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

3.3.2 Disponibilização de informação (procedimentos)

Dispor as informações significa todo esclarecimento no que tange a relação do médico com o paciente, onde se considera como incondicional e de cunho obrigatório, de acordo com Vieira (2001), a saber:

a) **informação ao paciente.** É imprescindível que o paciente seja informado pelo médico sobre a necessidade de determinadas condutas ou intervenções bem como seus riscos

ou consequências. Sendo ele menor de idade ou considerado incapaz, ainda que seus pais ou responsáveis tenham tal conhecimento, ele tem o direito de ser informado e esclarecido, sobre qualquer procedimento. O poder do médico não é soberano, cabe a ele o dever de informar ao paciente e obter do paciente o consentimento de qualquer conduta a que será submetido. O bom entendimento das partes, médico e paciente, terá como resultado uma relação de confiança facilitando o exercício da prática médica e evitando possíveis questionamentos dos direitos humanos, além de que, com esta prática, o médico está respeitando o princípio da autonomia e da liberdade, que diz que o indivíduo tem o direito de ser autor do seu próprio destino e decidir sobre sua vida (GOMES, 1994, p. 46).

No caso de o paciente não conseguir se comunicar para manifestar o seu desejo, o se possui alguma dificuldade de entendimento, cabe aos pais ou responsáveis o direito de ser informado e decidir por ela. É obrigatório consentimento dos responsáveis legais (consentimento substituto) do ato que se vai executar. Ainda assim, deverá ficar determinado segundo critérios legais qual o representante assumirá tal responsabilidade, e o que pode e não pode consentir. (GOMES, 1994, p. 46).

É importante levar em consideração o grau de capacidade que o indivíduo tem e consentir determinados atos. Estes atos podem não está alinhado ao que diz os princípios éticos e legais. Mesmos sendo civilmente incapazes, cabe em alguns casos específicos a capacidade moral de escolha.

Havendo mudanças relevantes no tratamento, a continuidade do processo terapêutico poderá ser garantida através da obtenção do consentimento continuado, já que a autorização anterior possui tempo determinado e práticas definidas, segundo o princípio da temporalidade. É resguardado ao paciente o direito à revogação de certas práticas e condutas, antes aceita por ele. (*princípio da revogabilidade*). O consentimento não é um ato inexorável e permanente. (GOMES, 1994, p. 46).

b) **Informações sobre as condições precárias de trabalho.** É sabido que muitos resultados ruins na prática médica têm como causa principal as péssimas condições de trabalho, mesmo com todos os avanços propedêuticos. Cenário favorável e tendencioso ao surgimento de situações e erros gerando danos e vitimas, com maior responsabilização dos médicos. (GOMES, 1994, p. 46).

Por essas razões, se faz mais que necessário a obrigatoriedade médica de informar registrar as condições precárias de trabalho, e em determinados casos, cabe a ele também, a recusa de alguns procedimentos eletivos da prática profissional, se atendo apenas em garantir atendimento nos casos característicos de urgência e emergência. (SANTOS NETO, 1997).

Os mesmos cuidados devem ser tomados em relação ao instrumento de trabalho, pois é do profissional a responsabilidade pelo objeto de trabalho, surgindo algum tipo de dano, sobretudo se o dano for provocado pela má utilização do aparelho, o que caracteriza negligência médica levando em conta a teoria subjetiva da guarda da coisa inanimada. (SANTOS NETO, 1997).

c) **informações registradas no prontuário.** O prontuário médico do paciente é todo acervo de documentos referente ao tratamento do paciente. Havendo algum tipo de contestação, é uma das primeiras fontes de consulta e informação sobre um procedimento médico, sendo assim, todas as informações relevantes originadas da prática profissional deverão ser registradas. Alguns profissionais, por questão de hábito ou de alegada economia de tempo, não dão a devida importância a estes documentos e ignoram o real valor prontuário médico. (GOMES, 1994, p. 46).

d) **informações aos outros profissionais.** Para uma boa integração dos profissionais da saúde, a equipe deverá manter atualizadas as informações importantes em relação ao tratamento do paciente, já que o médico não pode atuar sozinho. A fidedignidade das informações é essencial para o sucesso do tratamento do paciente, é necessário não existir sonegação de informações consideradas pertinentes.

As exigências citadas acima não devem ser vistas como capricho ou mero ato burocrático, estas práticas são recomendadas em função das necessidades dos pacientes. Não enviar dados a respeito do tratamento e meios complementares de diagnóstico é uma forma grave de negligência dos deveres da conduta do profissional médico.

A omissão de dados julgados relevantes em certo quadro clínico pode resultar em danos irreparáveis ao indivíduo. O alvo de todo processo médico se resume na saúde e bem-estar do paciente. Alguns médicos não admitem a idéia de ter seus pacientes transferidos para outros profissionais e sonegam informações para evitar este ato.

Outra ocasião, de cunho gravíssimo, seguindo a mesma linha de raciocínio, é a ausência de dados quando um médico é substituído por outro em momentos de plantão, a respeito de pacientes internados, em especial aos que estão em quadro clínico mais grave, seja de maneira verbal ou por meio de registro circunstanciado em livros de ocorrências.

3.3.3 Lei de acesso à informação

Em 18 de novembro de 2011 foi sancionada a Lei de Acesso à Informação, sob o número 12.527, com o intuito de atender aos movimentos sociais nacionais, que vinham

reivindicando uma maior transparência na gestão pública, bem como acompanhar a realidade internacional, no qual essa mesma lei já havia sido consolidada há tempos. Ela regulamenta e amplia de modo considerável o acesso do cidadão à informação, importando um novo paradigma em relação à transparência e controle da gestão pública. (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003, p. 20).

[...] a Lei de Acesso à Informação [...] tem como diretrizes os princípios de publicidade máxima da administração pública, sendo o sigilo a exceção [...]. A Constituição Federal garantiu à sociedade brasileira o direito à informação, um dos pilares básicos da democracia contemporânea. Trata-se de um direito civil, mas também político e social que acentua a importância jurídica assumida pela informação nas sociedades democrática. (JARDIM, 2012, p. 2).

Como mencionado acima, o acesso à informação já era direito, conforme estava previsto na Constituição Federal de 1988, descrito no Capítulo I, artigo 5, inciso XXXIII no que diz respeito aos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos, a saber:

[...] todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado (BRASIL, 1988).

A publicação da referida lei constitui-se em um marcante e fundamental momento para a democracia brasileira, pois regulamenta constitucionalmente o direito de acesso às informações públicas pelo cidadão, possibilitando uma participação mais efetiva da sociedade nas ações governamentais. (KLUCK, 1996, p. 73).

A lei foi criada com seis capítulos que contemplam 47 artigos dispostos conforme a descrição abaixo, a saber:

- Capítulo I – Disposições gerais;
- Capítulo II – Do acesso à informação e da sua divulgação;
- Capítulo III – Do procedimento de acesso à informação;
- Capítulo IV – Das restrições de acesso à informação;
- Capítulo V – Das responsabilidades;
- Capítulo VI – Disposições finais e transitórias.

Embora a lei n.º 12.527/11, Lei de Acesso à Informação, tenha sido criada com a finalidade de garantir o acesso às informações, em seu capítulo IV seção V, há a restrição ao acesso às informações sigilosas, sendo permitido somente às pessoas que necessitem conhecê-las (tais como médicos, profissionais e estudantes da área da saúde) e delega a quem as usou a obrigação do sigilo e a responsabilidade por seu uso indevido. (KLUCK, 1996, p. 73).

No entanto, no que se refere à proteção e o controle de informações sigilosas, o artigo 25 da seção III, estabelece que o regulamento disponha sobre procedimentos e medidas a serem adotados para o tratamento de informação sigilosa, de modo a protegê-la no que concerne a perda, alteração indevida, acesso, transmissão e divulgação não autorizados. (KLUCK, 1996, p. 73).

Já o CFM, no que tange à Resolução n. 1.997/2012, abrange totalmente o prontuário do paciente, garantindo a tutela da intimidade, e conservando o total sigilo de seus dados. Porém, é importante ressaltar que o mesmo CFM abrange os dados de maneira geral, pois é submetido a tratar de dados peculiares e tão só envolvidos na área da saúde. Nota-se, então, que cada Conselho Regional de Medicina (CRM) cria suas próprias regulamentações de maneira mais detalhista possível e conforme as especificações apropriadas ao seu cenário. Em virtude de tal autonomia os CRM's abrangem os assuntos que lhes dizem respeito de maneira mais detalhada e conforme os seus anseios.

Como vimos anteriormente, conforme art. 2º da referida Lei, os principais destinatários dela são os órgãos da administração pública direta, porém certas obrigações mencionadas na Lei também se aplicam às entidades privadas que não possuem fins lucrativos. Conforme o inciso XXXIII do artigo 5 há a garantia do direito de todos obterem dos órgãos públicos informações de interesse pessoal, coletivo e geral; há também o artigo 37, inciso II, §3º, da lei 12.527 que estabelece a necessidade de lei para disciplinar a participação do usuário na administração pública, especificamente o acesso aos registros e atos do governo.

Sendo assim, a referida Lei de Acesso à Informação foi criada com o intuito de colaborar com o acesso aos atos governamentais, levando em consideração como regra, a publicidade de informações, porém, com tais limitações de acesso a essas informações que são passíveis de sigilo absoluto.

É relevante ressaltar que a Lei é omissa no que tange a especificação do assunto; ela não declara de maneira explícita o que realmente seria considerado como informação pública e o que poderia ser considerado como sigiloso. Nota-se também que em momento nenhum

existe a determinação de inserção pormenorizada e individualizada de informações. Já o prontuário médico, pela Resolução 1821/2007, estabelece tratamento único de sigilo a todos os dados nele inseridos.

Porém, com o intuito de resguardar certos bens e interesses de cunho maior, o art. 23 da referida lei elenca de maneira taxativa os dados que são tidos como indispensáveis à segurança da sociedade e do Estado; sendo assim, pode haver o acesso limitado a tais informações. Tais informações que não se adequarem nas hipóteses taxativas do artigo supracitado, poderão se enquadrar como sigilosas, de acordo com o definido no artigo 31, seção V – descrito sobre Das Informações Pessoais.

Para esclarecer, vamos usar como exemplo o título principal da presente pesquisa, o prontuário do paciente de um ângulo legal de sigilo ou de segredo de justiça.

O CFM em sua Resolução de número 1.821/2007 aborda as informações que contém no prontuário que, de direito, pertence ao próprio paciente e permanece sob a guarda da instituição que a criou. Essa instituição possui como obrigação manter o devido sigilo para a privacidade e direito do paciente. Determina ainda que o paciente pode ter acesso às cópias do seu prontuário a qualquer momento; para tanto, basta solicitar por escrito, pois é um direito do paciente que é regido pelo CFM como disposto na resolução nº 1.821 de 11 de julho de 2007.

“[...] 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. (CFM, 2007, p. 49).

Para finalizar e fazendo um comparativo entre as previsões legais, aponta-se que a referida Lei de Acesso à Informação segue na mesma direção, sendo que, embora garanta o acesso de direito à informação, determina limitações, ou seja, restringe de alguma forma o acesso aos documentos considerados sigilosos no que tange à honra e a integridade dos indivíduos, nos quais se enquadram o prontuário médico.

3.3.4 Possíveis sanções em caso de perda ou negligência no preenchimento e responsabilização ética perante o conselho profissional

Conforme o Código de Ética Médica (2009) é totalmente vedado ao profissional médico deixar de criar o prontuário médico para todos os pacientes.

Compreende-se que, para o paciente, o prontuário favorece o atendimento e possível tratamento de forma mais rápida e eficiente, diante de todos as informações que tenham

coletado para registro. Dispensa ou simplifica entrevistas longas e exames complementares já feitos, com diminuição do custo de atendimento e do tempo de permanência em ambiente hospitalar. (VIEIRA, 2001).

A responsabilidade pela guarda do prontuário cabe ao médico, aos outros profissionais assistentes e a instituição de saúde que o utilizam e, de acordo com a Resolução CFM nº 1.638/2002, tornou-se obrigatória a criação de Comissões de Revisão de Prontuários, que também fica responsável pelo correto preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários. (PAZIN, 2005, p. 49).

Por sua vez, o CFM em sua Resolução nº 1.821/2007, aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes e que os arquivos digitais oriundos da digitalização dos documentos dos prontuários deverão ser controlados por sistema especializado - Gerenciamento Eletrônico de Documentos (GED), que possua, minimamente, as seguintes características. (CFM, 2007, p. 49).

a) Possuir qualificação necessária para usar a base de informações próprias para o arquivamento dos documentos digitalizados;

b) Modelo que possa indexar com possibilidade de permissão de gerar um arquivo necessário de forma apropriada e organizada, dessa feita, oferecendo uma pesquisa de forma eficiente e simples;

c) De forma rígida, obedecer todos os requisitos correspondentes ao nível de segurança 2 (NGS2), que estão definidos Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde.

O CFM irá se certificar de forma técnica os programas instalados, programas tais que deverão atender às normas de armazenamento de dados, segurança dos arquivos, validade da assinatura eletrônica do profissional, entre outros requisitos.

Referida Resolução prevê a guarda permanente dos prontuários eletrônicos e o prazo de 20 anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários em suporte de papel. (SMITH, 2009, p. 42).

Caracteriza-se como infração a perda ou estrago do prontuário do paciente, bem como uma suposta negligência no preenchimento dos mesmos. O profissional médico que seja responsável pela perda responderá eticamente como sendo negligente no exercício de suas atividades. O desaparecimento de documentos médicos pode implicar repetição de exames, por vezes invasivos, arriscados e dispendiosos. Podem-se criar processos de perdas e danos e sindicâncias.

O médico responsável por tal ato poderá seguir as devidas providências, como:

- comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina;
- elaborar novo prontuário com a observação do extravio do anterior;
- ainda, em caso de suspeita de furto ou outra situação criminal, o médico deverá fazer o correspondente Boletim de Ocorrência.

O Código de Ética Médica (2009) dispõe sobre as sanções disciplinares a serem aplicadas quando ocorrem infrações, como nos casos de perda/extravio de prontuários e estabelece que compete ao Conselho Regional de Medicina (CRM) receber denúncias, apurar os fatos e aplicar a sanção.

Após o recebimento da denúncia, terão as seguintes fases:

a) sindicância: fase para averiguação dos fatos denunciados, coleta de provas e manifestação escrita ou audiência com os envolvidos;

b) processo ético-disciplinar (PD): constatados indícios de infração ética na fase preliminar, segue-se a notificação do acusado e a fase da instrução do processo, quando o denunciante e o denunciado têm iguais oportunidades de apresentar provas de acusação e defesa, inclusive com a opção da presença de advogados. O próximo passo é o julgamento, realizado pelas Câmaras de Julgamento do CRM. São formados por conselheiros, que decidirão pela inocência ou culpa do médico. O resultado deve ser homologado pelo Plenário de Conselheiros do CRM.

Quanto às sanções passíveis de serem aplicadas, previstas no artigo 22 da Lei Federal nº 3.268/57, podem ser:

- a) advertência Confidencial em Aviso Reservado,
- b) censura Confidencial em Aviso Reservado,
- c) censura Pública em Publicação Oficial,
- d) suspensão do Exercício Profissional por até 30 dias e
- e) cassação do Exercício Profissional, que necessita ser referendado pelo Conselho Federal.

É importante ressaltar que as sanções de cunho administrativo aplicáveis por meio dos CRM's são direcionados apenas aos médicos membros. As instituições de saúde não respondem administrativamente por faltas ético-disciplinar.

Se, contudo, o familiar ou paciente insatisfeito poderá acionar o profissional médico e também a instituição de saúde, buscando a responsabilidade civil pelos danos que tenham sofrido.

Então, é de suma importância que todos os profissionais médicos e também as instituições de saúde, respeitem as normas de arquivo de prontuários exigidas por meio das normas do CFM.

3.3.4.1 Possível responsabilização civil e criminal por danos ao paciente (caso haja comprovação destes danos)

A responsabilidade civil do médico sempre foi objeto de controvérsias e tem por base as teorias subjetivas fundada na culpa e a teoria objetiva fundada no risco. No entanto, para compreensão da responsabilidade civil do médico há que se ter em mente que responsabilidade civil é a obrigação de reparar o prejuízo decorrente de uma ação ou omissão. (DINIZ, 2003, p. 47).

Para que haja a responsabilização do médico por evento danoso ao paciente, deve haver conduta imprudente, negligente ou imperita, causando tal ato dano ao paciente. Pode ocorrer também a responsabilização do médico nos casos em que se configure obrigação de resultado e o mesmo não seja atingido. (DINIZ, 2003, p. 47).

O profissional da medicina deve sempre agir com cuidado e perícia no exercício de sua profissão. Deve seguir regras de conduta relativas ao dever de informação, dever de atualização, dever de assistir e dever de abstenção de uso. (DINIZ, 2003, p. 47).

O profissional médico sempre deverá ter uma conduta de zelo no que tange seus pacientes, sempre no desígnio de adquirir a cura ou a minimização do sofrimento do referido paciente.

A responsabilidade civil médica é referenciada na responsabilidade civil subjetiva, devendo haver nexo entre a ação do profissional médico e a lesão sofrida pelo paciente.

O Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8078/90), em seu art. 14, § 4.º quando trata dos profissionais liberais, dentre eles o médico, afirma que “A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa”.

A responsabilidade civil do médico ocorre a partir da constatação da culpa do médico em sentido amplo. A culpa poderá estar presente como culpa no sentido estrito ou sob a forma de dolo. A culpa no sentido estrito pode ser erro médico entendida como um agir por parte do médico sem intenção de causar dano ao paciente, mas o profissional, mesmo que de forma

inconsciente adota conduta errada, causando lesão ao paciente devido a defeito em sua conduta. O dolo médico será caracterizado quando o profissional age com consciência, na intenção de provocar um resultado danoso, ou de alguma forma assume o risco de sua ocorrência. (GONÇALVES, 2003, p. 98).

O paciente que seja lesado por um erro médico deve, no entanto, comprovar a culpa de tal profissional da medicina, provando que o médico agiu com imperícia, imprudência ou negligência.

A negligência possui característica omissiva, é a falta de diligencia do médico, o desleixo. Esta ocorre quando o profissional médico se omite aos deveres que determinada situação exige. Ocorre por exemplo, nos casos em que o médico sabendo que o paciente precisa imediatamente de atendimento, por desleixo ou descuido deixa de atendê-lo. A imprudência apresenta um caráter comissivo, é um agir sem cautela, de forma precipitada. O profissional médico age sem a devida precaução, de forma intempestiva, causando lesão ao paciente. A imperícia é a falta de aptidão, de habilidade técnica por parte do médico. O médico imperito age com falta de conhecimento técnico e habilidade. Na imperícia presume-se falta de aprimoramento, relativo à pessoa que desempenha determinada profissão. Porém, nunca se poderia supor incompetência profissional em quem é portador de um diploma que lhe outorga condições de livre desempenho de sua atividade. (FRANÇA, 1995, p. 254).

Um erro médico caracteriza-se por uma falha do profissional médico em exercício de sua profissão. Acontece uma falha na prestação de serviços, em virtude do ato lesivo do médico ocorrido por sua conduta culposa. França (1995, p. 242) determina que:

[...] o erro médico, no âmbito da responsabilidade civil, pode ser de ordem pessoal ou estrutural. Será pessoal quando o ato lesivo se der na ação ou na omissão, por despreparo técnico e intelectual, por grosseiro descaso ou por motivos ocasionais que se referem às condições físicas ou emocionais do profissional. Já as falhas estruturais, se referem quando os meios e as condições de trabalho foram insuficientes ou ineficazes para a obtenção de uma resposta satisfatória.

O mesmo autor diferencia a responsabilidade moral da responsabilidade legal, confirmando que será “responsabilidade legal quando esta for atribuída pelos tribunais, como as ações penais e civis. A responsabilidade moral ocorrerá nos Conselhos de Medicina, através de processos ético-disciplinares”. (FRANÇA, 1995, p. 242).

O erro médico pode ocorrer; no entanto, será em todos os casos a responsabilidade imputada ao médico, já que o erro pode ocorrer pelas próprias limitações da ciência, ou pode sobrevir causa que exclua sua responsabilidade. As causas que podem excluir a

responsabilidade do médico podem ser as descritas no artigo 393 do Código Civil, que são o caso fortuito e a força maior, além da culpa exclusiva do paciente e a cláusula de não indenizar. (VENOSA, 2003, p. 49).

Com a promulgação do Código de Defesa do Consumidor, Lei 8078/1990 o médico e hospitais passaram a ser equiparados a prestadores de serviços de saúde. O médico prestador de serviços liberais é aquele que presta serviço diretamente ao paciente, de regra em consultórios. O prestador de serviços empresariais é aquele que presta serviços de forma empresarial, ou seja, em clínicas médicas, laboratórios, hospitais, entre outros. A responsabilidade civil do médico profissional liberal está descrita no artigo 14 § 4º:

O fornecedor de produtos e serviços responde independentemente da existência de culpa pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos a prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos, §4º a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação da culpa. (BRASIL, Lei 8078, 1990).

Existe, portanto a obrigação de provar que houve culpa do médico. No entanto, fica admitida a possibilidade de inversão do ônus da prova devido a hipossuficiência do paciente em relação ao médico (art. 6º, inciso VIII, CDC). (VENOSA, 2003, p. 97).

Contudo em casos de obrigação do cirurgião plástico, que de acordo com a melhor doutrina é obrigação de resultado, por se tratar de responsabilidade civil subjetiva a prova da culpa do médico será irrelevante, pois haverá presunção de culpa, com a inversão do ônus da prova. Ainda prevê o Código de Defesa do Consumidor em seu artigo 47 que as cláusulas contratuais devem ser interpretadas sempre em favor do consumidor. (VENOSA, 2003, p. 97).

Quando a ocorrência de um dano causado pelo erro, negligência, imprudência ou imperícia do médico é confirmada, fica evidenciada sua responsabilidade civil, surgindo, portanto o dever de reparação. Nos casos em que ficar evidenciado o nexo causal entre o dano e o prejuízo experimentado pelo paciente este tem o direito ao ressarcimento de seu prejuízo, seja este material ou moral. (STOCO, 2005, p. 42).

Por meio da liquidação será traduzido em valores pecuniários o dano sofrido pelo paciente. Por este motivo, o valor da indenização nunca deve ser excessivo, já que o agredido não deve com isso experimentar o enriquecimento, nem o agredido sofrer redução significativa em seu patrimônio. (STOCO, 2005, p. 42).

A indenização objetiva repor o patrimônio da vítima, como se não tivesse ocorrido o evento danoso. Através dela será demonstrado ao agressor que seu comportamento foi

inadequado e não deve ser repetido e a vítima que o Estado se importa e busca corrigir tal situação da forma mais justa possível. (STOCO, 2005, p. 42).

Deste modo, caso a agressão sofrida seja de caráter moral, a indenização será de difícil mensuração, pois não é possível valorar a moral de um cidadão, devendo então a indenização respeitar o equilíbrio financeiro das partes envolvidas. No entanto se tratar-se de agressão física, com ofensa a saúde do paciente a indenização será o suficiente para o pagamento das despesas médicas e dos lucros cessantes. (STOCO, 2005, p. 42).

No caso de morte do paciente ocasionado por erro médico, será aplicado o que determina o Código Civil no artigo 948:

No caso homicídio, a indenização consiste, sem excluir outras reparações:

I – no pagamento de despesas em tratamento da vítima, seu funeral e o luto da família;

II – “na prestação de alimentos as pessoas a quem o morto os devia, levando-se em conta a duração provável da vida da vítima.

Nas despesas com funeral podem ser compreendidas aquelas devidamente comprovadas como velório, lápide, aquisição de local em cemitério, cremação, traslado do corpo, sendo todas coerentes com a situação econômica do falecido. Em relação ao luto, incluem-se as despesas e gastos da família neste período, inclusive os lucros cessantes. (STOCO, 2005, p. 42).

As despesas de tratamento que serão ressarcidas são as referentes a tratamento médico e despesas com hospital e estão descritas no artigo 949 do Código Civil:

No caso de lesão ou outra ofensa à saúde, o ofensor indenizará o ofendido das despesas do tratamento e dos lucros cessantes até o fim da convalescença, além de algum outro prejuízo que o ofendido prove ter sofrido. (BRASIL, Lei 10.406, 2002)

A reparação do dano moral, como já dito anteriormente, é complexa, por envolver elemento pessoal, sendo apenas compensatória, já que não se pode por meio dela retornar ao estado anterior. A indenização do dano moral por erro do médico tem caráter compensatório, não tem o condão de extinguir o sofrimento e a consternação experimentados pela vítima ou seus familiares em caso de falecimento da mesma. A perda no dano moral é irreparável. Nos casos em que houver falecimento do paciente devido a erro causado por médico, cabe a cumulação de pedido de dano moral e patrimonial. (STOCO, 2005, p. 42).

A pensão alimentícia deve levar em conta os rendimentos da vítima, a medida que contribuía com eles para quem pede, além da expectativa de vida da vítima, conforme suas condições de saúde. (STOCO, 2005, p. 42).

Percebe-se, portanto, que se a produção e armazenamento do prontuário médico não for feita de maneira adequada, há diversas possibilidades de responsabilização civil para o médico, que pode também ser estendida para a instituição hospitalar caso se verifique a sua contribuição para a ocorrência dos problemas relacionados à gestão do prontuário. Mas é importante também destacar que, para além da responsabilidade civil, há também a possibilidade de responsabilização criminal. O art. 299 do Código Penal⁷ caracteriza como crime de falsidade ideológica anotações incorretas e incompleta a respeito do estado de saúde do paciente e do seu tratamento. Também possui a mesma caracterização a omissão de fatos ou a inserção de informações pouco claras que contradizem a realidade que tenha como objetivo causar prejuízo de direito ou fazer surgir obrigações e também no que implica alterações de informações sobre fatos juridicamente importante e prevê pena de reclusão de um a cinco anos, mais multa se o documento for público. Sendo o agente causador do crime servidor público a pena será aumentada por se tratar de criação de documento que possui perfeição da matéria, mas é permeada pela falsidade de conteúdo.

⁷ Art. 299, Código Penal: “Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. Pena – reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) ano a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular”. Se o agente for funcionário público e cometer o crime, prevalecendo-se do cargo, aumenta-se a pena de sexta parte.

4 METODOLOGIA

Foram empregadas metodologias baseadas tanto na pesquisa qualitativa, quanto na quantitativa. Pesquisa qualitativa significa, “qualquer tipo de pesquisa que produza resultados não alcançados através de procedimentos estatísticos ou de outros meios de quantificação”. (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 72).

As pesquisas qualitativas são caracteristicamente “multimetodológicas” – ou seja, utilizam uma grande variedade de procedimentos e instrumentos de coletas de dados, sendo que a observação (participante ou não), a entrevista em profundidade e a análise de documentos são os mais utilizados (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2002, p. 93). Essa pesquisa se caracteriza então, como qualitativa, porque se utiliza de pesquisa documental (a partir da análise dos registros da instituição observada) e desenvolve um parecer do antigo formato de prontuário médico em face a modernização do prontuário médico eletrônico que proporcionará melhor qualidade no serviço prestado, aumentando o grau de eficiência e economia de custos.

Já a pesquisa quantitativa, visa criar uma situação experimental ou de observação que permita isolar o efeito de cada variável e caracterizar, de forma precisa, o impacto da causa sobre o efeito. Na busca de simplificar um objeto de estudo complexo para obter uma convicção, a ciência quantitativa oferece certezas e alcances. A pesquisa qualitativa, por outro lado, se permite influenciar pelo objeto de estudo, explorando sua complexidade, que é considerada umas das riquezas dessa pesquisa. (CASTRO, 2006, p. 94). Essa pesquisa também pode ser caracterizada como quantitativa porque expressa números de solicitações de cópia de prontuários, gerando estatística do atendimento dos pedidos em face da realidade no que tange tal dificuldade e necessidade.

Em todas as etapas do estudo foram realizadas pesquisas bibliográficas. De uma forma geral, entende-se como pesquisa bibliográfica “um conjunto de conhecimentos reunidos em obras de toda natureza” (FACHIN, 2006, p. 120). A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de artigos científicos e de livros (GIL, 2006, p. 47).

A saber, foi utilizada também uma pesquisa exploratória na empresa objeto dessa pesquisa, o Hospital Municipal José Lucas Filho, sendo motivação de pesquisa a busca para aprimoramento do já existente sistema de confecção e arquivamento de prontuários médicos.

Esta pesquisa também é caracterizada como pesquisa aplicada, pois as avaliações qualitativas e quantitativas são baseadas no hospital em questão com o objetivo de indicar os riscos a que está submetida a instituição hospitalar objeto de análise, como forma de alertar para as necessidades de mudança para que sejam evitados os desdobramentos jurídicos nos âmbitos civil e penal.

5 RELATÓRIO DA PESQUISA

5.1 Descrição do Hospital Municipal José Lucas Filho

O Hospital Municipal José Lucas Filho é situado em Contagem – MG. Gerenciado pela Secretaria Municipal da Saúde, tem como objetivo e responsabilidade atender às populações de Contagem e entorno, como Ibirité e Sarzedo. É um hospital que conta com uma demanda referenciada, pois atende pacientes que são encaminhados das Unidades Básicas de Saúde - UBS, Unidades de Atendimento Imediato - UAI, Pronto Socorro - PS, Serviço de Atendimento Médico de Urgência - SAMU e Resgate.

Também atende casos de emergência e urgência de forma referenciada de clínicas médicas, cirurgias gerais, clínicas ortopédicas, cirurgias plásticas e pediátricas, conta com um Centro de Tratamento Intensivo - CTI para pacientes com quadro clínico grave, promove internações nos casos de clínica médica e cirurgias e pediatria, promove cirurgias programadas e também de urgências.

Para o perfeito acolhimento de tais pacientes, o hospital também já implantou: brinquedoteca e parquinho na ala da pediatria, solário e carro de atividades para os adultos, criou a equipe de “Posso Ajudar?” e o “Amigo que Acolhe”, um jornal mural, melhoria do ambiente, faixas autoexplicativas, placas de orientação, bem como sinalização clara e poltrona confortável para os acompanhantes dos pacientes.

O hospital também conta com uma ouvidoria, onde qualquer pessoa, como o próprio paciente, familiar, acompanhante ou visitante, tem espaço dar oferecer sugestões, críticas ou elogios e também poderá avaliar o atendimento recebido. Para tanto, é só se dirigir a uma caixa de sugestões e responder os questionários que são fornecidos na alta hospitalar ou poderá também se dirigir ao Serviço Social com atendimento de segunda à sábado, das 7:00 às 19:00 horas.

O Hospital Geral também presta serviços de: 1- Cirurgia de urgência e eletiva nas áreas de cirurgia geral, plástica, urologia, vascular. 2- Primeira abordagem das fraturas expostas. 3- Internação em clínica médica/ pediatria/ em cirurgia. 4- Internação em UTI adulto. 5- atendimentos nos quadros clínicos graves. 6- Instabilidade hemodinâmica. 7- Insuficiência respiratória. 8-Rebaixamento do nível de consciência. 9- Fraturas expostas. 10- Politrauma grave e moderado. 11- TCE leve com politrauma. 12- Intoxicação exógena. 13- Crise convulsiva reentrante. 14- Insuficiência coronariana (IAM, angina). 15- Asma grave.

FIGURA 2 - Hospital Municipal José Lucas Filho



Fonte: Câmara Municipal de Contagem, 2015. Acesso em: 06/09/2015.

5.2 A Gestão Documental do Prontuário no Hospital Municipal José Lucas Filho – Serviço de Arquivo Médico do Hospital Municipal José Lucas Filho - SAME

O Serviço de Arquivo Médico - SAME é o setor responsável por receber, registrar e liberar prontuário médicos dos pacientes.

Considerando o estágio de evolução dos documentos arquivados no SAME, classifica-se o serviço como integrante da fase recorrente ou segunda idade (PAES, 2005), o que significa que abrange documentos que perderam seu valor imediato mas possuem valor intermediário ou secundário, pois são requisitados com frequência para atender solicitações dos gestores, profissionais da área e usuários do sistema de saúde desta instituição.

O espaço físico do SAME é pequeno em relação à demanda atual. São pelo menos mil prontuários por mês que se originam de atendimentos da maternidade e do hospital, uma vez que a instituição possui atendimentos diversificados. Hoje o setor abriga aproximadamente 20 mil documentos originários de atendimentos do ano de 2010 até o ano atual.

Em 2011, com o objetivo de estabelecer regras para atender a solicitações de cópia de prontuários e boletim de entrada (BE), feitos pelos usuários do SUS no Hospital Municipal de Contagem, foi implantado o Procedimento Operacional Padrão - POP. Neste cenário havia preocupação com a qualidade do serviço prestado, estando todos os gestores comprometidos com o resultado final e com o alinhamento de todos os setores da instituição.

Neste período foi montada uma força tarefa com o objetivo de separar, envelopar e identificar cada prontuário, colocando-os em ordem numérica em prateleiras, pois até então o SAME não possuía uma sistemática para organização destes prontuários. Os documentos se

encontravam amontoados em caixas de papelão. O local onde se encontravam estes prontuários era um galpão alugado pelo município para atender à demanda do hospital para armazenar materiais diversos, como macas, colchões e utensílios hospitalares. Muitos prontuários estavam separados apenas por gominhas de borracha, que com o excesso de calor e de umidade, arrebentaram, resultando na junção de prontuários de pacientes diversos, dificultando a identificação e a recuperação destes documentos. Todos, mesmo os que estavam incompletos, foram identificados com o número de registro e arquivados. Alguns números de registros não foram localizados, caracterizando perda definitiva do prontuário.

Na parte que pertencia ao SAME, foram instaladas prateleiras para abrigar os prontuários, já devidamente envelopados, identificados e enumerados, dentro de caixas do tipo box (própria para arquivo), que eram igualmente identificadas e enumeradas. Para a conclusão de todo processo foram necessários aproximadamente três meses.

Com este trabalho foi possível localizar desde o prontuário de número 00001, que foi o primeiro atendimento que se deu na instituição, até os recentes ali chegados. A organização destes documentos facilitou a localização e proporcionou a segurança dos mesmos.

A partir de 2013, uma nova gestão assumiu a direção do Hospital, o que gerou uma interrupção nos processos do SAME e causou impactos negativos na rotina do setor.

Os materiais de uso diário para desenvolvimento dos trabalhos de arquivamento e gerenciamento de prontuários deixaram de ser fornecidos pelo almoxarifado. Com a falta do fornecimento contínuo de materiais de uso diário, os envelopes ficaram em falta, e em virtude disso os prontuários voltaram a ser colocados em prateleiras, separados apenas por gominhas de borracha, o que dificulta o trabalho de localização destes prontuários e aumenta a possibilidade de perda destes documentos.

O galpão onde foram arquivados anteriormente os mais de 30 mil prontuários tiveram que ser desocupados, e por causa disso, os documentos que ali estavam devidamente armazenados foram literalmente despejados em diferentes espaços físicos de unidades de saúde do município. Logo em seguida foram enviados para o arquivo central, de forma inadequada, negligenciando todo processo de armazenamento que deveria ser dispensado a estes documentos. Durante o transporte destes documentos, muitas caixas abriram e os documentos nela armazenados foram misturados com outros tipos de materiais e documentos sem identificação, conforme visto na FIG. 3, tiradas no ano de 2015.

FIGURA 3 - Armazenagem de prontuários médicos



Fonte: Da autora, 2015.

Verifica-se que a realização desse processo de mudança sem um cuidado maior com a organização que havia sido previamente estabelecida pode gerar danos irreparáveis, inclusive com possibilidade de extravio ou dano irrecuperável de documentos, que pode caracterizar quebra do dever de guarda inerente à instituição.

Percebe-se o resultado desta mudança com reflexos no atendimento da demanda interna e externa do SAME. Antes o prazo determinado para atender a demanda era de até 12 (doze) dias; hoje este prazo foi ampliado para 30 (trinta) dias, e ainda existe a possibilidade destes prontuários não serem localizados, sobretudo os de número até 30 mil.

Uma vez criado o prontuário médico, surge para a instituição o dever de guarda, tendo em vista que pode ser solicitada cópia ou informação sobre o mesmo mediante requerimento ou ordem judicial. Vale destacar que as solicitações de prontuário não partem apenas dos cidadãos atendidos pelo hospital. Os gestores da instituição também solicitam estes documentos para auditorias internas e outros procedimentos. Também são encaminhadas para o setor solicitações de prontuários feitas pelo setor jurídico da instituição, solicitações essas feitas para resolver pendências ou solicitações judiciais recebidas pelo hospital.

Merece destaque o procedimento adotado nas hipóteses em que o SAME não consegue encontrar determinado prontuário solicitado. A informação sobre a não localização do documento é passada para os gestores responsáveis; estes, por sua vez, fazem um levantamento dos dados do paciente no sistema de informação hospitalar - HOSPUB, e emitem uma declaração com data, hora do atendimento e tempo de permanência do paciente na instituição.

5.3 Análise quantitativa dos dados

Os dados eletrônicos de controle de solicitações de cópias de prontuário médico do SAME foram consultados para obter o número de solicitações atendidas e não atendidas em determinado período, de forma a possibilitar a análise do percentual de risco de responsabilização jurídica da instituição. Nesse sentido, foram analisados pedidos feitos entre os meses de fevereiro e julho do ano de 2015, análise essa compilada em formato de gráfico disponibilizado ao final deste item.

Dos dados extraídos, percebeu-se que foi possível localizar 523 prontuários dos 530 solicitados, que representa um atendimento de mais de 98% das solicitações. O número pode até parecer um resultado razoável dentro deste universo de solicitações, mas considerando os prejuízos que a instituição poderá sofrer em razão de apenas um único documento não encontrado (principalmente se o paciente resolver acionar a justiça, ou ainda, se a instituição ou algum colaborador precisar deste documento para fins probatórios), o risco não é tão pequeno se levarmos em conta os desdobramentos negativos à imagem e recursos que podem ter que ser direcionados para pagamento de indenizações eventualmente fixadas em juízo.

As cópias de prontuários que foram atendidas no primeiro semestre de 2015, só foram possíveis, dentro de um tempo mínimo, por causa da organização que havia sido implantada em 2012, e outros, por serem mais recentes, ainda se encontrarem no próprio espaço do SAME, dentro do hospital, não tendo sido abrangidos pelo processo de mudança de local de armazenamento citado anteriormente. Em termos de forma de arquivamento, vale destacar que alguns destes documentos estão em envelopes nas prateleiras, o que não vem acontecendo com os prontuários que pertencem a apresentações dos últimos quatro meses, estes não estão sendo envelopados devido à falta de material.

Em mais de 31% das solicitações, os prontuários foram localizados, porém os pacientes solicitantes não voltaram para buscar as cópias; uma possível explicação para falta de procura pelo documento reside no fato do sumário de alta, emitido pelo médico, por si só ser suficiente para atender à sua necessidade. Entretanto, não foi possível até o momento identificar o motivo real para não haver o retorno para buscar o documento solicitado.

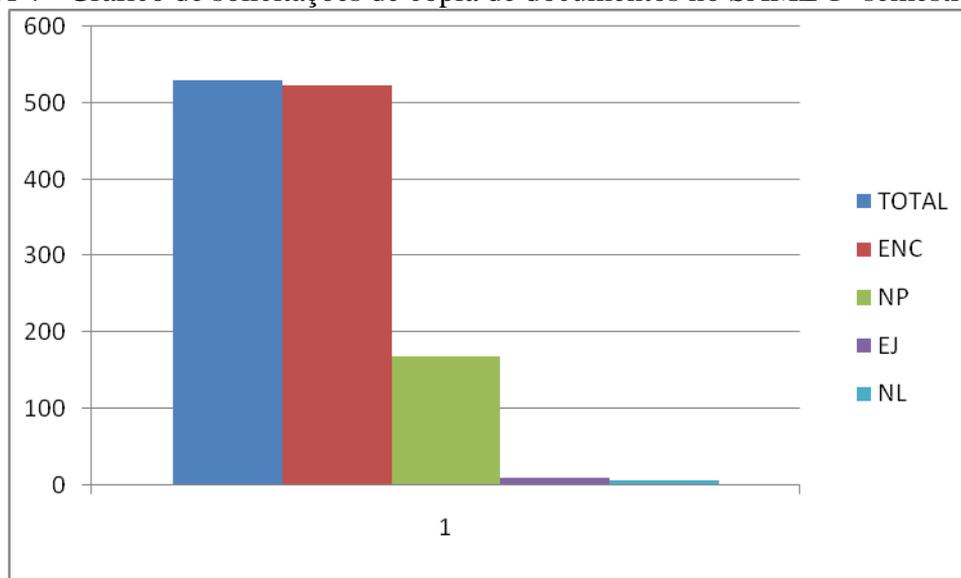
A porcentagem de 1,90% que representa as solicitações encaminhadas para o jurídico, são prontuário que foram localizados, mas são requerimentos feito por advogados, familiares ou representante legal, com procuração, que buscam documentos de pacientes que embora estejam vivos, estão impossibilitados de requerer pessoalmente os seus documentos. Neste

caso o processo de liberação é mais longo, demorando até quatro meses para atender estas solicitações.

Os documentos não localizados representam hoje 1,32% das solicitações, trata-se daqueles prontuários de atendimentos realizados de 2005 a 2010, que se encontram hoje no arquivo central.

Este último caso já dá o sinal de complicações que a instituição poderá enfrentar por não conseguir organizar o arquivo. Embora o número de prontuários não localizados seja ainda pequeno, há a possibilidade de implicações jurídicas para a instituição, pois bastará apenas um documento perdido para a instituição incorrer no caso de negligência e responder civil e criminalmente pela quebra de guarda documental.

FIGURA 4 - Gráfico de solicitações de cópia de documentos no SAME 1º semestre de 2015



TOTAL	ENC	NP	EJ	NL
530	523	169	10	7

OK: Prontuários localizados e entregues

NP: Não procurados – Prontuário localizado e não retirado pelo solicitante

EJ: Encaminhadas para o jurídico – Prontuário localizado e encaminhado para o setor jurídico.

NL: Não localizados

Fonte: Arquivo SAME, 2015.

FIGURA 5 - Arquivo SAME 2015

SOLICITAÇÕES DE PRONTUÁRIOS: PERÍODO DOS MESES: 02 A 07 2015		
TOTAL DE SOLICITAÇÕES	530	100
DOCUMENTOS ENCONTRADOS	523	98,68
NÃO RETORNARAM PARA BUSCAR O DOC.	169	31,87%
ENCAMINHADAS PARA O JURÍDICO	10	1,90%
NÃO LOCALIZADAS	7	1,32%

Fonte: Da autora, 2015.

5.4 Análise dos riscos

Durante a realização da pesquisa não foram localizadas informações que indicassem que a instituição tenha sido acionada judicialmente para responder pela perda ou inadequação de prontuário médico de paciente. Contudo, embora nenhum dano tenha sido efetivamente gerado para instituição até o momento, conforme as previsões de responsabilidade abordadas no referencial teórico analisado ela não está isenta de responder juridicamente – inclusive criminalmente –, caso algum usuário, dentre os 1,32% que não tenha sido atendido em relação aos seus documentos médicos, resolva cobrar providências em relação aos prejuízos advindos da quebra do dever de construção e guarda dos prontuários médicos. Entretanto, apesar do risco iminente de perda e dano a documentos, não se percebe na gestão atual o interesse em mudar a atual situação, tendo em vista que nenhuma ação foi tomada no sentido de reverter esse quadro. A pergunta que se faz é: quais os danos que este processo de “abandono” sofrido pelo serviço de arquivo médico poderá acarretar para a instituição nos próximos anos? A quantos processos judiciais e administrativos de classe a instituição poderá responder em um futuro próximo em decorrência da gestão inadequada praticada no momento?

A falta de adequação dos serviços do SAME, ou de uma política bem planejada de ações fundamentais para a organização mínima de um arquivo, vem se tornando mais complexo e dificultando a rotina do setor. Além disso, os documentos estão atualmente expostos a umidade (o que aumenta os riscos de perda de dados contidos neles) e separados apenas por gominha de borracha (que derretem com o excesso de calor), o que aumenta a possibilidade dos documentos se misturarem e dificulta o processo de identificação dos mesmos. Nesse sentido, a tendência natural é de que o número de solicitações não atendidas

de cópias de prontuários aumente, já que o risco do extravio de documentos aumenta com o passar do tempo. A probabilidade de extravio de prontuários também é um risco que pode vir a comprometer o cumprimento de um dever da instituição para com o usuário diante da impossibilidade atender a solicitação de cópia de prontuário, que é direito do paciente garantido pela resolução de nº 1821- 11 de julho de 2007 do CFM. Esses casos, em especial, potencializam a possibilidade de responsabilização, uma vez que o cidadão poderá sofrer o bloqueio em cascata de acesso a outros direitos que dependem das informações médicas – e uma vez sofrido o prejuízo pela falta da documentação, poderá o cidadão buscar indenização contra aquele que causou tal prejuízo, no caso, a própria instituição médica.

Continuando a análise de riscos em virtude da inadequação da atual gestão documental adotada, outro apontamento a ser feito diz respeito ao desalinhamento a tudo o que Conselho Federal de Arquivologia diz a respeito de armazenamento e dos cuidados que se deve ter em relação aos documentos públicos e privados, pois, desobedece às normas de classificação de documentos e desrespeita os princípios fundamentais da arquivologia. Em decorrência disso, percebe-se que a falta de organização dos arquivos dificulta o processo de localização dos documentos, aumentando o prazo para atender as demandas do setor em relação a solicitações de prontuários ou documentos médicos do paciente. Isso, por si só, pode comprometer a possibilidade do cidadão ter efetivado, em tempo hábil, algum dos direitos fundamentais a ele assegurados e que dependem das informações do prontuário, como nos casos de benefícios previdenciários ou até mesmo liminares que busquem garantir o direito a acesso gratuito a tratamentos e medicamentos. Ademais, pode colocar em risco também a correta construção do prontuário médico, pois documentos que constituem elementos obrigatórios elencados no artigo 1º da Resolução 1.638 do CFM podem se perder. Isso também, em última análise, pode levar inclusive a uma incorreta acusação de conduta antiética do profissional médico que prestou atendimento, uma vez que o Código de Ética Médica, no seu artigo 71, considera antiético o profissional que deixa de fornecer informações completas sobre o real estado do paciente; afinal, se não há o correto encaminhamento e arquivamento de documentos, o profissional médico pode não conseguir comprovar que registrou e repassou todas as informações necessárias – se o documento se perde, como o profissional poderia comprovar que cumpriu a sua obrigação?

É necessário destacar também o descumprimento às previsões e obrigações constituídas através da Lei de Acesso à Informação. Se o arquivamento não é devidamente feito, o acesso à informação por parte do paciente fica prejudicado pelo alongamento do prazo

de atendimento à solicitação e, nas piores situações, impedido em virtude do extravio pela má gestão documental executada.

Do ponto de vista do Código de Ética Médica e das resoluções do CFM, a instituição também descumpre obrigações relacionadas à guarda do prontuário. Primeiramente, destaca-se que ela é omissa em relação a criação de uma Comissão de Revisão Prontuários, exigência prevista na Resolução 1638/2002 do CFM. Há também a caracterização inquestionável de infração por parte da instituição, uma vez que a mesma resolução prevê como infração a perda ou estrago do prontuário do paciente. Os desdobramentos dessa infração, se houver denúncia, englobam a realização de sindicância e instauração de processo ético-disciplinar, que colocarão em risco o profissional médico responsável e também a instituição a sanções como: advertência, censura, censura pública, suspensão do exercício profissional por até 30 dias e cassação do exercício profissional.

Do ponto de vista da responsabilidade civil, o paciente que comprovar danos sofridos em razão do extravio do prontuário médico poderá ajuizar ação buscando a reparação (indenização). Nesse ponto, é a instituição hospitalar quem responderá de imediato. O desdobramento disso para ela, então, engloba desde o pagamento de defesa técnica de advogado e custas processuais, até o pagamento de indenização, que não possui um limite (ou seja, pode alcançar altos valores). Por consequência, há também o risco de danos à imagem da instituição, especialmente se o caso tiver repercussão e for tornado público

No âmbito criminal, a perda parcial do prontuário (ou seja, o extravio de parte dele) pode gerar informações incompletas a respeito da saúde do paciente e do tratamento. Nesse sentido, a instituição, dependendo do caso concreto, pode vir a responder judicialmente pelo crime de falsidade ideológica, previsto no artigo 299 do Código Penal.

Por fim, a gestão documental adotada também acaba por infringir o Código de Direito do Consumidor, que em seu artigo 72 prevê que nos casos em que alguém impedir ou dificultar o acesso do consumidor às informações que sobre ele constem em cadastros, banco de dados, fichas e registro, poderá haver a imposição de pena de seis meses a um ano de detenção ou multa. É exatamente o caso da perda do prontuário médico, uma vez que, quebrado o dever de guarda, o cidadão consumidor do serviço de atendimento médico tem impedido o seu acesso às suas informações médicas que deveriam estar disponíveis na instituição.

Por deixar de cumprir tantos deveres e comprometer direitos básicos ao exercício de cidadania, o hospital objeto de análise assume o risco e poderá ter que responder civil e criminalmente pela quebra de guarda documental. A negação irrazoável ao direito do

paciente, em relação ao seu prontuário médico, resultará em processo judicial com possibilidade de indenização do paciente. Vale lembrar ainda que cabe a instituição o ônus da prova. Caso venha ser processado e não possuir provas concretas, ou registros médicos para fundamentar a sua defesa, o paciente será favorecido por ser a parte mais vulnerável no processo.

Apesar do cenário de alto risco a que a instituição está submetida, há possibilidades de melhoria. A informatização nesta área poderia reduzir drasticamente o risco de perda de documentos, diminuir o volume de papel (facilitando o armazenamento e o cumprimento do dever de guarda do prontuário médico), agilizar os atendimentos, facilitar o processo de comunicação – democratizando o atendimento – e também proporcionar a redução dos custos, no que tange ao gasto com papel e impressão. Para o paciente seria a forma mais fácil e segura de armazenamento dos seus dados, além de possibilitar um acúmulo de informações que produzirá um acervo científico que servirá como fonte de pesquisa para profissionais de diversas áreas, mediante autorização do paciente e equipe médica responsável, em virtude da ética, porém com conteúdo importante para a pesquisa científica. Representaria, também, facilitação do acesso à informação e a minimização dos riscos de extravio de documentos, aumentando a proteção da instituição responsável pela guarda.

É importante destacar que o armazenamento eletrônico, através da adoção do prontuário eletrônico do paciente, já é uma possibilidade regulamentada pelo CFM através da Resolução 1.638/2002 e já é um instrumento utilizado em outras instituições. Nesse sentido, a melhor saída para o hospital seria investir na adoção desse sistema, com vistas a melhorar a sua gestão documental, preservar a sua imagem institucional e minimizar os riscos iminentes de gastos extraordinários para pagamento de indenizações.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste trabalho observa-se que, embora já existam leis e instrumentos que poderiam facilitar e diminuir os transtornos causados pelo acúmulo de papéis nos hospitais, sobretudo nos hospitais públicos, a instituição pesquisa não faz uso dos mesmos. Talvez pela falta de recursos, que já sabemos existir na área da saúde, ou talvez também pela falta empenho e interesse por parte dos gestores em relação ao assunto, os arquivos médicos continuam a acumular papéis. A impressão que surge é de que alguns gestores preocupam com o prontuário até o momento em que ele chega ao faturamento - talvez por julgarem que a partir dali ele não tem tanta serventia -, parecendo desconsiderar a etapa primordial do dever de guarda e armazenamento. Parece não haver consciência de que nos prontuários estão informações importantes do paciente, que possuem valor permanente, probatório, científico e poderão servir como fonte de informação para apoio e planejamento inclusive em decisões administrativas; principalmente, parecem ignorar que o prontuário médico é fundamental para assegurar direitos que surgem para o paciente a partir do momento em que ele recebe atendimento em uma instituição de saúde.

O cenário da gestão documental atualmente praticada no Hospital Municipal José Lucas Filho coloca a instituição em risco de responsabilização jurídica pela quebra do dever de guarda do prontuário médico, abrindo possibilidades de responderem a processos de responsabilidade civil (para pagamento de indenizações), administrativos perante o CFM (pela infração a deveres impostos pelo Código de Ética Médica) e penais (pelo crime de falsidade ideológica ou pelo crime específico previsto pelo Código de Defesa do Consumidor) – inclusive, pode ter que responder a todos esses processos simultaneamente, em razão de um único caso de extravio de prontuário médico. O desdobramento disso abrange não apenas o âmbito financeiro, mas pode impactar também em um dos bens mais valiosos de qualquer instituição, que é a sua imagem.

Diante disso, é de extrema importância que a instituição se atente urgentemente à necessidade de reformulação do seu sistema de gestão documental dos prontuários médicos, sendo recomendável a adoção do sistema de prontuário eletrônico – que seria capaz de minimizar ou até mesmo anular boa parte dos riscos que hoje existem.

Espera-se, portanto, que o presente trabalho sirva como base de reflexão e novas análises para a instituição, como instrumento de auxílio para a melhoria dos seus processos de gestão e minimização de riscos desnecessários.

Esta pesquisa proporcionou ao pesquisador uma visão mais ampla sobre tudo que envolve o prontuário médico e a sua importância em todos os momentos, a necessidade de adoção de tecnologias mais modernas para desenvolvimento deste serviço, para garantir mais qualidade e segurança no cuidado destes documentos, com a possibilidade de redução de custos e resultados mais eficientes em seus processos. Foi, portanto, uma possibilidade de colocar em prática os conhecimentos de gestão adquiridos ao longo do curso de Tecnologia em Processos Gerenciais

Por fim, o trabalho também fornece elementos para o desenvolvimento de outras pesquisas que busquem responder os seguintes questionamentos: até que ponto a desorganização de um arquivo de documentos poderá impactar na eficiência do serviço prestado em uma determinada instituição? Quanto custa para a Instituição manter um arquivo médico desorganizado e com processos manuais e desatualizados? Quais são os danos que um prontuário médico incompleto ou com erros em seu preenchimento poderá causar aos diversos setores da instituição e ao paciente?

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

AUTOMATIZAÇÃO nos hospitais: prontuário eletrônico: sistema vem tornando os atendimentos mais rápidos e seguros. 2014. Disponível em: <exame.abril.com.br/publicidade/dell/automatizacao-nos-hospitais>. Acesso em: 10 jun. 2015.

BERNARDES, Ieda Pimenta; DELATORRE, Hilda. **Como avaliar documentos de arquivo**. São Paulo: Arquivo do Estado, 1998.

BRASIL. **Lei n. 8.159**, de 8 de janeiro de 1991. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e das outras providências. Brasília: Presidência da República, 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8159.htm>. Acesso em: 10 jun. 2015.

BRASIL. Lei n. 3268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. **DOU**. Brasília, 1957.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei n. 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. **DOU**. Brasília, 2011.

BRASIL. Código Civil (Você cita esse código, tem que fazer a referência)

BRASIL. Código de Defesa do Consumidor (Você cita esse código, tem que fazer a referência)

BRASIL. Código Penal (Você cita esse código, tem que fazer a referência)

CARNEIRO, Mauro Brandão; LEÃO, Beatriz de Faria; PEREIRA, Luiz Augusto. **Processo Consulta- CFM- nº 1401/2002- PC/CF Nº 30/2002**. Brasília: Câmara Técnica de Informática em Saúde do CFM, 2002.

CARVALHO, L. F. **Serviço de arquivo médico e estatística de um hospital**. 2. ed. São Paulo: LTr, 1977.

CASTRO, 2006 (Tem que fazer a referência desse autor citado no texto)

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1.605/2002. 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. **D.O.U.**, Brasília, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Cartilha do prontuário eletrônico**: a certificação de sistemas eletrônicos de saúde. 2012. Disponível em: <portal.cfm.org.br/crm/digital/cartilha_SBIS_CFM_Prontuario_Eletronico_fev_2012.pdf >. Acesso em: 10 fev. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Como deve ser feita uma anamnese adequada**. Disponível em: <academiamedica.com.br/segundo-o-cfm-como-deve-ser-feita-uma-anamneseadequada>. Acesso em: 10. jun. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 1931, de 24 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. **D.O.U.**, Brasília, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1.638 de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. **D.O.U.**, Brasília, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1821/07, de 23 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. **D.O.U.**, Brasília, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. Resolução n. 5, de 30 de setembro de 1996. Dispõe sobre a publicação de editais para eliminação de documentos nos Diários Oficiais da União, Distrito Federal, Estados e Municípios. **D.O.U.**, Brasília, 1996.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DF. **Prontuário médico do paciente**: guia para uso prático. Brasília, 2006. Disponível em: <periciamedicadf.com.br/publicacoes/prontuario_medico_paciente.pdf>. Acesso em: 11. jun. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA PARAÍBA. Resolução CRM-PB n. 148/2011. Dispõe sobre as normas para a liberação de cópias de Prontuário Médico. **Diário Oficial do Estado da Paraíba**, João Pessoa, 2011.

CUNHA, F. J. A. P.; SILVA, Helena P. da. Integração de sistemas: uma nova dimensão de informação em saúde. In: SILVA, Helena P.; JAMBEIRO, Othon (Org.). **Socializando informações**: reduzindo distâncias. Salvador: UFBA, POCISI: EDUFBA, 2013.

CUNHA, F. J. A. P.; SILVA, Helena P. da. O prontuário eletrônico como unidade de transferência e criação de conhecimento em saúde. ENCONTRO NACIONAL EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 5., 2005. Salvador. [Anais]... Salvador: CIFORM, 2005. Disponível em: <http://www.cinform-antiores.ufba.br/vi_anais/docs/FranciscoCunhaHelenaSilva.pdf>. Acesso em: 10. jun. 2015.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de direito civil brasileiro**: responsabilidade civil. Volume 7. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

[OS SOFTWARES de gestão da TOTVS]. Disponível em: <www.totvs.com/software-de-gestao/saude/hospitais>. Acesso em: 10. jun. 2015.

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. 5. ed. São Paulo, Saraiva, 2006

FRANÇA, G. V. **Direito médico**. 6. ed. São Paulo: BYK, 1995.

GESTÃO eletrônica de documentos, 2015. Disponível em: <<http://www.ged.net.br/ged-workflow.html>>. Acesso em: 10. jun. 2015.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GOMES, J. C. M. Erro médico: reflexões. **Revista Bioética**, v. 2, p. 139-46, 1994.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Comentários ao código civil**. Volume 11. São Paulo: Saraiva, 2003.

HOUAISS, 2001. (Verificar o termo retirado desse dicionário e fazer a referência)

JARDIM, J. M. A. Lei de acesso à informação pública: dimensões político-informacionais. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 13., 2012, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ENANCIB, 2012. p. 1-21. Disponível em: <www.enancib2012.icict.fiocruz.br>. Acesso em: 15. jun. 2015.

KLUCK, S. M. **A gestão da informação em um hospital universitário**: em busca da definição do conteúdo do “prontuário essencial” do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). 1996, 104 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1996.

LACASSAGNE, 1924 (Tem que fazer a referência desse autor citado no texto)

MASSAD, E.; MARIN, H. F.; AZEVEDO NETO, R. S. de. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: H de F Marin, 2003, p 1-20.

MOLINA, L.G.; LUNARDELLI, R.S.A. O prontuário do paciente e os pressupostos arquivísticos: estreitas e profícuas interlocuções. **Informação & Informação**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 68-84, jan./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/4764/5879>>. Acesso em: 11 fev. 2013.

PAES, M. L. **Arquivo: teoria e prática**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005. (Verificar se é esse o livro do autor citado no texto)

PANASCO, Wanderlei Lacerda. **A responsabilidade civil, penal e ética dos médicos**. Rio de Janeiro: Forense. 1984.

PAZIN, Márcia. **Arquivos de empresas: tipologia documental**. São Paulo: Associação de Arquivistas de São Paulo, 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM. Fundação de Assistência Médica e Urgência de Contagem. Hospital Municipal. **Manual de procedimento operacional padrão do SAME**. Contagem, 2012.

PRONTUÁRIO: arma de defesa do médico! Novo código de ética médica. Disponível em: <sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/prontuario.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2015.

SANTOS NETO, Leopoldo L. dos. O erro diagnóstico. **Brasília Médica**, v. 34, n. 1-2, p. 44 1997. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/2628/1/ARTIGO_ErroDiagnostico.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2015.

SCHELLENBER, T. Arquivos modernos: princípios e técnicas. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2004. (Verificar se é esse o livro do autor citado no texto)

SMITH, Johanna W. **Eu, bibliotecário, trabalho em arquivo ou museu ... algum problema?** São Paulo, n. 8, p. 12-13, out. 2009.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

STOCO, Rui. **Responsabilidade civil e sua interpretação jurisprudencial**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

TONELLO, Izângela Maria Sansoni; NUNES, Rissa Maressa da Silva; PANARO, Aline Peres. **Prontuário médico do paciente: a questão do sigilo e a lei de acesso à informação**. DOI: 10.5433/1981-8920.2013v18n2p193

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito civil: responsabilidade civil**. Volume 4. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

VIEIRA, Sebastiana Batista. **Técnicas de arquivo e controle de documentos**. Rio de Janeiro: Temas & Ideias, 2001.