

INFORMAÇÕES EM SAÚDE: UM ESTUDO DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

Resumo: Esta pesquisa teve como objetivo, questionar o prazo de 20 anos, estabelecido pela resolução 1821/2007 do Conselho Federal de Medicina (CFM), para a guarda do Prontuário de Pacientes (PP). Defende-se a ideia de que o PP apresenta valor secundário e é de interesse público e social, sendo assim, deve ser tratado como documentação de guarda permanente. Os dados foram coletados com a aplicação de entrevistas, análise da bibliografia e da legislação brasileira referente ao PP. Conclui-se que existe a necessidade de um prazo maior para guarda desta tipologia documental e que o PP, antes, entendido como um documento comum no registro das informações clínicas referentes a um paciente, apresenta usos que transcendem o âmbito hospitalar e favorecem toda a sociedade.

Jorge Alberto Cruz
Professor do curso de arquivologia da UFSM,
lotado no Departamento de Documentação.

jorgecruz@ufsm.br

Palavras-chave: Arquivos médicos; Legislação; Preservação.

HEALTH INFORMATION: A STUDY OF LEGISLATION BRAZILIAN

Abstract: This research aimed to question the term of 20 years in appraisal, established by Resolution 1821/2007 of the Federal Council of Medicine (FCM), for guard of the patient record - PR, If defends idea that the PR presents secondary value and is interest public and social, being so, should be treated as archival document of permanent guard. Data were collected with application of interviews, analysis of the literature and the Brazilian legislation relative the PR. We conclude that there is needed for larger term of guard for this record type and the PR, before understood with the common record type of the clinical information related with patient, presents uses that go beyond the hospital environment and favor the whole society.

Keywords: Medical Archives; Legislation; Preservation.

1 INTRODUÇÃO

A preparação deste artigo teve como base a problemática do prontuário de paciente (PP) e os prazos de guarda estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

No Brasil o CONARQ (Conselho Nacional de Arquivos), tem regulamentado o tratamento que deve ser dado aos documentos, visando a gestão documental e a preservação das informações de arquivos públicos e privados. Em relação a documentação da área de saúde, o CFM tem assumido a responsabilidade de elaborar normas para regulamentar o uso e o destino destes documentos. A SBIS (Sociedade Brasileira de informática em Saúde) e o CONARQ, tem auxiliado nesta tarefa.

O Prontuário de Pacientes (PP), que em alguns casos é chamado de prontuário médico, constitui o registro progressivo de todo o histórico de saúde de um indivíduo, formando um dossiê do atendimento prestado por profissionais de saúde. Devesse ressaltar que de acordo com o artigo 8º da Resolução 1821/2007 do CFM, este documento pode ser eliminado 20 (vinte) anos após o último registro.

Sob a ótica arquivística, o PP pode ser considerado como um documento de valor secundário e conseqüentemente de guarda permanente, além de ser uma rica fonte de pesquisa para diversas áreas do conhecimento humano, porém, muitas vezes é prematuramente descartado sem ter passado por um processo de avaliação, nem mesmo constar em uma tabela de temporalidade. Sendo assim, este artigo concentra-se, em argumentar que o prazo de 20 (vinte) anos após o último registro para eliminação do PP, em suporte de papel, é insuficiente para atender as necessidades dos usuários.

Através da análise dos dados coletados, confirmou-se que o Prontuário de Pacientes é um documento de valor secundário e que deve ser preservado em um prazo maior do que o proposto pelo CFM. Constatou-se que o PP esta sendo utilizado mais como fonte jurídica e administrativa do que clínica, pois, ele apresenta usos que transcendem o âmbito clinico hospitalar.

2 HISTÓRICO DO PRONTUARIO DE PACIENTES

Desde a pré-história o homem tem procurado registrar fatos de seu cotidiano, isto favoreceu para que pudéssemos entender como viviam estas civilizações. Em relação registros referentes à saúde das pessoas, constata-se que o Prontuário de Pacientes (PP), em sua estrutura atual, bem como os arquivos médicos não tem muito tempo de existência. Porem, os registros referentes a fatos sobre a saúde, remontam ao antigo Egito.No período 2.500 a 3.000 a.C., o sacerdote Inhotep registrou quarenta e oito casos cirúrgicos em um papiro.

Um dos documentos mais antigos que se conhece é o papiro Edwin Smith atribuído ao médico egípcio Inhotep, que registrou dados dos seus pacientes em uma folha de papiro [...] configurando-se assim o primeiro registro de prontuário médico, hoje, expostas na Academia de Medicina de Nova York. Fundou uma escola de medicina em Mênfis chamada Asclépiion e, após sua morte, foi adorado como um deus (CARVALHO, 1973, p.139).

Gregos e romanos também reconheciam a importância dos registros concernentes às moléstias das pessoas, pois, informações sobre tratamentos prestados aos doentes eram gravadas nas paredes dos templos. No século V a.C. Hipócrates, considerado o pai da medicina, afirma que o registro medico deve refletir exatamente o curso da doença..

Na Idade Média a primeira instituição hospitalar a realizar anotações referentes ao tratamento prestado a um paciente, foi o Hospital São Bartolomeu, em Londres. Na Itália o religioso Camilo de Lellis, em 1580, aperfeiçoou a assistência aos doentes hospitalizados com mais organização nas prescrições médicas e relatórios da enfermagem.

Durante a Guerra da Criméia (1853-1856), a enfermeira Florence Nightingale afirmava que o registro referente à saúde dos pacientes era fundamental para o tratamento. Nightingale afirmava que:

Na tentativa de chegar à verdade eu tenho buscado, em todos os locais, informações, mas em raras ocasiões eu tenho obtido os registros hospitalares possíveis de serem

Ponto de Acesso, Salvador, v.9, n.1,p. 111-121. br. 2015

www.pontodeacesso.ici.ufba.br

usadas comparações. Estes registros poderiam nos mostrar como o dinheiro tem sido usado, o que de bom foi realmente feito com ele (NIGHTINGALE apud MARIN et al, 2003, p.2)

Em 1897, no EUA, é organizado o primeiro SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística. O conteúdo do prontuário do paciente foi muito discutido até 1940, quando foram exigidos registros médicos bem organizados como requisito para a creditação hospitalar por parte do governo americano. Em 1920, nos EUA, a Clínica Mayo padroniza o conteúdo dos prontuários definindo um conjunto básico de dados que deveriam ser registrados. “Este conjunto de dados criou uma estrutura mais sistematizada de apresentação da informação médica que caracteriza o prontuário do paciente de hoje” (MARIN et al, 2003, p.3).

No Brasil, a primeira instituição a implantar um serviço de Arquivo Médico (SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística de Saúde), com a finalidade de ordenação, guarda e conservações dos dados que constituem o prontuário de pacientes, foi o Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo, em 1943. Isto ocorreu graças à iniciativa da Dra. Lourdes de Freitas de Carvalho, que havia realizado especialização nos EUA e adaptou o modelo americano (Medical Records Department) à realidade brasileira.

O SAME é o serviço encarregado em identificar os pacientes, bem como o responsável em manter o prontuário de pacientes, de forma acessível e ordenada, de acordo com os critérios estabelecidos por cada instituição de saúde.

Outra referência histórica brasileira foi a Lei Alípio Correia Netto, de 1952, que exigia dos hospitais públicos e filantrópicos do estado de São Paulo, o arquivamento das histórias clínicas, de maneira adequada, como condição para recebimento das subvenções públicas (CARVALHO,1973, MEZZOMO, 1991 e STUMPF, 2001).

Cabe destacar ainda a criação, em 1966, da ABRAME (Associação Brasileira de Arquivos Médicos). Segundo Mezzomo (1991, p. 26) esta “associação ficou cinco anos sem realizar reuniões, sendo reativada em 1972 por ocasião do 1º congresso de arquivologia”. A ABRAME foi responsável pela formação de profissionais que atuavam na área de arquivos médicos. (FIOCRUZ, 1999).

3 O CONCEITO DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE (PP)

O PP contém o registro das informações referentes ao atendimento clínico prestado aos pacientes que procuram atendimento em clínicas e hospitais. Etimologicamente, tem sua origem do latim *prontuarium*, lugar em que se guardam as coisas que devem estar à mão, despensa, armário. Daí, por extensão, manual de informações úteis, de *promptus*, preparado, que esta a mão, de *promere*, tirar uma coisa de onde esta guardada, fazer sair (Houaiss, 2001).

Prontuário de Pacientes denomina-se a um conjunto de informações escritas relativas à saúde de determinada pessoa ou fato, ele é “constituído por folhas ou papeletas nas quais são registradas as anotações da vida clínica e social do paciente”. (SOUNIS, 1993, p.74), ou seja, o PP é conjunto de documento em forma de dossiê: que segundo Paes(1997, p. 27) é “uma unidade de arquivamento formada por documentos diversos, pertinentes a determinado assunto ou pessoa”.

Apesar de conter informações relativas ao paciente, o PP é frequentemente chamado de ‘prontuário médico’, expressão que é objeto de críticas, pois, transmite um conceito ambíguo. O adjetivo ‘médico’, significa relativo ao médico, à medicina, aquilo que cura. Porem, podemos observar que a resolução 1821/2007 do CFM estabelece que o prontuário

deve ficar sob a guarda da instituição que o gerou mas as informações pertencem aos pacientes

A passagem do paciente pela unidade de assistência a saúde, quer seja para simples consulta, atendimento de emergência ou internação deve dar origem a um prontuário (MEZZOMO, 1991, p. 246). Sounis considera o prontuário do paciente como “documento legal que relata com minúcias e ordenamento, a marcha do paciente desde sua admissão no sistema de saúde até sua alta” (SOUNIS, 1993, p. 73).

FIOCRUZ (1999, p. 103) descreve o prontuário do paciente como o documento destinado ao registro dos cuidados prestados a este, quer seja em casos de internação, em atendimento de ambulatório ou em situações de emergência.

A definição mais adotada é a estabelecida pela Resolução 1638/02 do CFM que define o PP como:

Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, gerados 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)

Pode-se dizer de forma geral, que o PP “é um conjunto de informações relativas à história de vida do paciente e da sua doença, escritos de modo claro, conciso e acurado, sob o ponto de vista médico-social” (MEZZOMO, 1991, p. 245).

4 UTILIDADES E APLICAÇÕES

Marin et al (2003) explana que diferentes são os atores envolvidos no registro de informações do PP, pois, ele conta com a colaboração de diversos profissionais da área da saúde e portanto os dados são gerados a partir de fontes diferentes, resultando em uma grande variedade de informações.

Cherubin e Santos (1993, p.123) consideram-no como o “pulso do hospital”, pois, o PP é um instrumento de comunicação muito valioso entre os profissionais da saúde, ele ajuda a assegurar a continuidade do tratamento, pois, como possui o registro do diagnóstico e dos procedimentos realizados em função de determinado tratamento, da condição para que outro profissional, da área da saúde, assuma o atendimento. Segundo Fávero:

A comunicação oral, embora necessária, poderá não ser totalmente eficiente, dada a dificuldade de memorizar todos os detalhes que podem ocorrer durante a assistência ao paciente. Torna-se indispensável, portanto o uso da comunicação escrita no prontuário do paciente. (FÁVERO 1979, p.2)

O PP oferece suporte à área administrativa dos hospitais, no aspecto financeiro e legal. A partir do prontuário é possível extrair informações sobre gastos com medicamentos e equipamentos, avaliar a qualidade do atendimento oferecido e o desempenho dos profissionais.

Ele também é uma documentação jurídica, que serve como prova legal, e de proteção do médico, do paciente e da instituição onde foi prestado o atendimento.

Com muita propriedade Mezzomo afirma que:

O prontuário é segurança para médicos cultos e conscienciosos, uma ameaça constante para os audazes sem escrúpulos, ignorantes incorrigíveis e ao mesmo tempo uma barreira intransponível contra as relações e os caprichos dos clientes descontentes (MEZZOMO, 1991, p.245).

Para o paciente o prontuário ajuda a otimizar o atendimento, pois, ele “simplifica ou dispensa interrogatórios e exames complementares já realizados, com redução dos custos de atendimento e de permanência hospitalar” (Mezzomo, 1991, p.246). Ele representa, para o paciente, o seu grande instrumento de defesa em caso de possíveis prejuízos ou de reivindicações de direitos perante o médico, o hospital e/ou os poderes públicos.

Os dados registrados no PP têm sido frequentemente utilizados na elaboração de índices epidemiológicos e como fonte de pesquisa, por trazerem conhecimentos úteis difíceis de serem obtidos por outros meios.

Marin et al (2003) comenta que o sistema de saúde de um país é estabelecido graças ao que está documentado em um prontuário, uma vez que dele são extraídas informações sobre a saúde dos indivíduos que formam uma comunidade e uma nação.

Estas informações agregadas e sistematizadas são necessárias para caracterizar o nível de saúde populacional e viabilizam a construção de modelos e políticas de atendimento e gestão das organizações de saúde (MARIN et al, 2003, p.2).

As informações obtidas a partir do PP, não são apenas voltadas à saúde, a análise dos seus dados, permite conhecer de que forma e onde está sendo aplicado o dinheiro público na área da saúde pública e privadas.

Sendo assim, o PP não pode ser visto apenas como documento burocrático de prova e defesa ou para cobrança de procedimentos e despesas da instituição, ele permite utilizações que ultrapassam o âmbito hospitalar e beneficiam toda a sociedade.

5 LEGISLAÇÃO

Resolução 1638/2002 do CFM

A Resolução 1638/2002 do CFM “define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde”.

Definir prontuário médico como um 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 (RESOLUÇÃO CFM N°1638, 2002).

O primeiro ponto a ser analisado é a denominação prontuário médico. Os dados registrados no prontuário referem-se a um paciente, logo o prontuário é do paciente e não do médico. A utilização da nomenclatura prontuário médico abre espaço para interpretações ambíguas, ela transmite a ideia de que o prontuário e as informações contidas no mesmo pertencem ao médico.

A própria resolução esclarece que ao médico cabe o dever de elaborar o prontuário, “considerando que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que

assiste, conforme previsto no Código de Ética Médica” (RESOLUÇÃO N°1638 do CFM, 2002).

A criação da Comissão de Revisão de Prontuário prevista na Resolução 1638/2002 do CFM deve ser coordenada por um médico de acordo com o estabelecido no artigo 4° na referida resolução. Porém, entende-se que esta coordenação deveria estar a cargo de um profissional arquivista, já que este tem conhecimento técnico e teórico para dar o tratamento adequado a esta documentação.

a) Resolução 1639¹/2002 do CFM

A Resolução 1639/2002 do CFM “aprova as normas técnicas para o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio do ‘prontuário médico’ e dispõe sobre a guarda dos mesmos além de estabelecer critérios para a certificação dos sistemas de informação e da outras providências”.

Esta resolução estabelece no seu artigo 2° a guarda permanente para os PP arquivados em meio óptico ou magnético e microfilmados e no artigo 4° o prazo de 20 anos, a partir do último registro, para a preservação de prontuários em suporte de papel. Observa-se um tratamento diferenciado para a mesma tipologia documental, porém em suporte diferente.

Pode ser observado no artigo 4° desta resolução que a Comissão Permanente de prontuários tem a missão de elaborar e aplicar critérios de amostragem para a preservação definitiva dos documentos em papel que apresentem informações relevantes do ponto de vista médico-científico, histórico e social considerando o valor secundário do PP.

De acordo com o estudo realizado consideramos o PP documentos de valor secundário, pois ele serve a outras finalidades além daquela pela qual foi criado e apresenta valor probatório e informativo. No parágrafo 3° do artigo 8° da Lei dos Arquivos² são considerados permanentes os conjuntos de documentos de valor histórico, probatório e informativo devendo estes ser preservados em definitivo.

A Resolução 1639/2002 do CFM declara que os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis. Tal declaração produz um conflito com o seu artigo 4°, pois mesmo que o PP em suporte papel tenha seus dados migrados para um suporte digital ou eletrônico, antes de ser eliminado, isto não garante a disponibilidade permanente da informação, na verdade a deixa mais vulnerável a possíveis interferências e suscetível a perda.

b) Resolução 1821/2007 do CFM

A Resolução 1821/2007 do CFM “aprova as normas técnicas para a 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”.

Esta resolução revoga a 1639/2002 e apesar de usar a nomenclatura PP, também matem algumas contradições e apresenta outras. Permanece o conflito entre a afirmação de que os dados do prontuário pertencem ao paciente e este deve estar permanentemente disponível e o prazo de 20 anos para eliminação do PP em suporte papel.

¹ Revogada pela resolução 1821/2007

² Lei 8159/1991

Ela apresenta uma nova consideração na qual o PP em qualquer meio de armazenamento é propriedade física da instituição onde o mesmo é assistido, a quem cabe o dever de guarda do documento.

Temos então que o suporte pertence à instituição e os dados registrados ao paciente, sendo assim, os mesmos devem estar sempre disponíveis ao paciente quando solicitado. O prazo de 20 anos estabelecido no artigo 8º da Resolução 1821/2007 do CFM estabelece que a instituição pode eliminar documentos em suporte papel, no qual estão registrados informações que pertencem ao paciente. Se as informações contidas no documento pertencem ao paciente como a instituição pode eliminar o suporte?

Tanto a resolução 1639/2002 como a 1821/2007, que revoga a primeira, autoriza a eliminação do PP, em suporte papel, mas não dispõe sobre como deve acontecer esta eliminação.

A Resolução nº 7/1997 do CONARQ estabelece que a eliminação de documentos só poderá ser realizada após a avaliação da documentação pela Comissão Permanente de Avaliação, responsável pela elaboração da tabela de temporalidade e que os documentos a serem eliminados devem ser registrados por meio de listagem de eliminação ou termo de eliminação de documentos.

A Resolução 1821/2007 do CFM, também afirma “que a autorização legal para eliminar o uso papel depende de que os sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes atendam integralmente aos requisitos do Nível de garantia de segurança 2 (NGS2).”

Estes níveis de garantia de segurança são estabelecidos de acordo com o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde produzido pela SBIS em parceria com o CFM, o qual apresenta os requisitos para obtenção da certificação de sistemas informatizados em saúde. O manual define dois níveis de segurança para um Sistema de Registro Eletrônico em Saúde (S-RES) o nível de garantia de segurança 1 (NGS1) e o nível de garantia de segurança 2 (NGS2).

O NGS1 compreende os:

S-RES que não contemplam o uso de certificados digitais ICP-Brasil para assinatura digital das informações clínicas, conseqüentemente sem amparo para a eliminação do papel e com necessidade de impressão e aposição manuscrita da assinatura (SBIS, 2009, p. 49).

O NGS2 compreende:

S-RES que viabilizam a eliminação do papel nos processos de registros da saúde. Para isso, especifica a utilização de certificados digitais ICP-Brasil para os processos de assinatura e autenticação (SBIS, 2009, p. 49).

Para que o NGS2 seja concedido, a instituição já deve possuir o NGS1 e atender os requisitos específicos para o 2º nível. O, ‘porém’ encontra-se no fato de que não há a preocupação com a preservação da informação, o que é agravado pelo fato de não existirem meios que garantam a preservação a longo prazo de documentos em meio eletrônico ou digital.

6 MÉTODO DE PESQUISA

A partir do questionamento proposto, de que o prazo de 20 (vinte) anos após o último registro estabelecido pelo CFM na Resolução 1821/2007 para armazenamento do PP, é insuficiente, busca-se na área arquivística embasamento teórico que comprove a necessidade de um prazo maior. Sendo assim, esta pesquisa caracteriza-se como aplicada, pois, busca gerar conhecimento a fim de solucionar a questão proposta.

A coleta de dados foi realizada através de levantamento bibliográfico a partir de material já publicado, principalmente livros, artigos de periódicos, materiais disponibilizados na internet e da aplicação de entrevista, realizada em três instituições de saúde localizadas em Santa Maria No Rio Grande do Sul, nas quais os responsáveis pelos arquivos foram questionados sobre pesquisas em prontuário pelos diferentes usuários e quais suas motivações.

O levantamento bibliográfico e a entrevista configuram do ponto de vista dos objetivos uma pesquisa exploratória, pois, busca uma integração com o problema (Gil, 1991).

Quanto aos procedimentos técnicos o estudo de caso e a pesquisa bibliográfica atendem aos objetivos da pesquisa, já que estes procedimentos, principalmente o estudo de caso, permitem uma análise mais específica do objeto e um conhecimento mais detalhado do mesmo (Gil, 1991).

7 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A fim de esclarecer determinadas situações pertinentes ao uso e tratamento do PP, realizaram-se visitas a três instituições da área de saúde, que por critérios éticos serão denominadas instituição A, B e C.

As três instituições fundadas na primeira metade do século XX, possuem uma longa história na prestação de assistência à saúde da população da região central do Rio Grande do Sul. A INSTITUIÇÃO A e a INSTITUIÇÃO B, inicialmente realizavam os registros clínicos em livros.

Tanto a INSTITUIÇÃO A como a B e a C passaram por mudanças na sua administração, as quais tiveram influência direta no tratamento dos prontuários e dos arquivos. O que se percebe é que quando uma nova administração entra em cena tanto os processos como os ambientes são moldados a ela, na maioria das vezes sem levar em consideração as consequências das atitudes tomadas.

Foi possível constatar esta realidade quando na INSTITUIÇÃO A observou-se uma lacuna de mais de uma década, na história da saúde e da instituição, devido aos registros referentes a este período terem sido literalmente queimados, apenas porque o novo gestor assim o quis. Estas informações foram eliminadas sem obedecer a critérios técnicos, um plano de classificação, listas de eliminação ou uma tabela de temporalidade.

A INSTITUIÇÃO C sofre um problema semelhante, à mudança da sede, foi acompanhada de uma mudança na forma de arquivamento do PP. O problema encontra-se no fato de que toda documentação referente ao período anterior à nova estrutura foi simplesmente abandonada, sujeita a efeitos climáticos e biológicos. Impressiona que esta

situação segue sem que haja uma preocupação dos gestores com as implicações legais e sociais do uso destas informações.

Com o intuito de comprovar que o prazo determinado pelo CFM para preservação do PP é insuficiente questionou-se os responsáveis pelos arquivos quanto aos tipos de usuários que buscam informações e com que finalidade e frequência se dá esta procura. Identificamos quatro tipos principais de usuários: pacientes, estudantes, profissionais da saúde e outras instituições da saúde.

Podemos observar que na INSTITUIÇÃO A e na INSTITUIÇÃO B a maior parte das consultas são realizadas por pacientes seguidos de estudantes, profissionais da saúde e instituições de saúde. Na INSTITUIÇÃO C vemos um aumento considerável no número de estudantes justificado pelo fato de esta ser uma instituição escola, onde a documentação é destinada para pesquisas com finalidade acadêmica.

Dentre os dados coletados na INSTITUIÇÃO B um fato chamou a atenção. Foi relatada a procura pelo prontuário de uma paciente, por parte de outra instituição de saúde, que estava prestando atendimento à neta desta paciente, a qual apresentava sintomas de uma doença degenerativa muito semelhante a da avó.

Quanto aos motivos de procura dos prontuários, constatamos a busca de paternidade, seguro, pesquisa acadêmica e obtenção de verbas pelas instituições de saúde como sendo as mais frequentes.

Podemos afirmar que a procura por paternidade é constante nas três instituições visitadas e que as motivações financeiras são as mais frequentes como é o caso da obtenção de verba e seguros.

Mais uma vez a INSTITUIÇÃO C destaca-se por apresentar uma frequência maior para pesquisas acadêmicas, porém as motivações citadas no parágrafo anterior também estão presentes e de forma marcante.

Em relação a paternidade constatamos na INSTITUIÇÃO C que um paciente foi à instituição procurar pelo prontuário de sua mãe, pois ele necessitava de uma doação de medula e queria saber se possuía irmãos, os quais pudessem ter condições e compatibilidade sanguínea para realizar a doação.

Apesar do que foi descrito no parágrafo acima ser uma situação singular a procura por prontuários tanto recentes bem como pelos que já ultrapassaram 20 anos sem efetuar novos registros, existe e apresenta uma frequência significativa.

Além disto, de acordo com declarações recebidas das instituições visitadas pode-se notar que o PP está tendo um acentuado uso administrativo e jurídico. Este fato demonstra a importância das informações que o PP tem e a sua capacidade em atender necessidades de natureza diferentes.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Defende-se o Prontuário de Pacientes como um documento de valor secundário, que em razão de sua importância social e jurídica, deve ter guarda permanente, após passar por um processo de avaliação, tarefa que compete a Comissão de Revisão de Prontuários, estabelecida pela Resolução 1638/2002 do CFM e/ou a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos estabelecida pela Resolução 22/2005 do CONARQ.

Apesar da lei 8.158 de 1991, Lei dos Arquivos, prever penalidades para aqueles que causarem dano ou eliminarem documentos considerados de valor secundário ou de interesse público ou social, constata-se que o PP está sendo eliminado sem critérios de avaliação e suas informações estão sendo perdidas por descaso dos gestores em disponibilizar recursos humanos e materiais para que estas informações sejam preservadas permanentemente, sendo que este descaso ocorre impunemente..

Situações como estas demonstram a necessidade de uma postura mais firme do CONARQ que deveria atuar não apenas como órgão legislador, mas também fiscalizador das atividades arquivísticas no Brasil. Por outro lado quem tem poder legal para determinar a eliminação de documentos públicos e privados seria o CONARQ, através Da Câmara Setorial de Arquivos Médicos

O PP apresenta contribuições para diversos usuários, pois, possui uma variedade de informações, administrativas, financeiras, jurídicas, sociais, históricas e clínicas, que podem ser utilizadas fora do ambiente clínico hospitalar.

Mesmo apresentando tantos benefícios o PP é carente de estudos mais específicos, de um olhar mais atento, pois ele possui um amplo potencial ainda a ser explorado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMARGO, Ana Maria de Almeida; BELLOTTO, Heloísa Liberalli (Coord.). **Dicionário de Terminologia Arquivística**. São Paulo: Associação de Arquivistas Brasileiros, 1996.

CARVALHO, Lourdes de Freitas. **Serviço de arquivo médico e estatística de um hospital**. São Paulo: LTr. Editora da Universidade de São Paulo, 1973.

CHERUBIN, N. A.; SANTOS, N. A. A. dos. **Regulamento do hospital**, 2ª ed. São Paulo: Cedas, 1993.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. **Resolução 22/2005** Dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 1638/2002**. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 1639/2002**. 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 das outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 1821/2001**. 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. Brasília: Diário Oficial da União, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Brasília: Diário Oficial da União, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL. **Prontuário médico do paciente: guia para uso prático.** Brasília: Conselho Regional de Medicina, 2006.

ESPJV/FIOCRUZ (Org.). Textos de apoio em registros da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FÁVERO, N. **Estudo das anotações de enfermagem na assistência direta ao paciente.** Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1979.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1991.

HAGUETTE, Tereza Maria Frota. **Metodologias Qualitativas na Sociologia.** 5º ed. Petrópolis: Vozes, 1997

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa,** 1º ed., Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

LEI Nº 8.159, DE 8 DE JANEIRO DE 1991. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1991.

MARIN, Heimar de Fatima, MASSAD, Eduardo, AZEVEDO NETO, Raymundo Soares. LIRA, Antonio Carlos Onofre de. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico.** São Paulo: H, de F. Marin, 2003.

MEZZOMO, Augusto A. **Serviço do prontuário do paciente.** CEDAS, 4 ed. São Paulo: Cedas, 1991.

PAES, Marilena Leite. **Gestão de documentos. In: arquivo: teoria e pratica** 3ª ed. Ver. ampl. reimp. Rio de Janeiro. FGV, 2002

ROUSSEAU, Jean-Yves; COUTURE, Carol. **Os fundamentos da disciplina arquivística.** Lisboa: Dom Quixote, 1998.

SCHELLENBERG, Theodore R.,. **Arquivos modernos: princípios e técnicas.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

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