

A ARQUIVISTICA NO HOSPITAL E A GESTÃO DA INFORMAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE.¹

Francisco J. A. Pedroza Cunha

Bolsista da CAPES. Pesquisador do GEDACIC/ICI/UFBA/CNPQ e da EAD/UFBA/FAPESB. Mestrando em Ciência da Informação (ICI/ UFBA).
(fjapcunha@uol.com.br)

Helena Pereira da Silva

Professor Adjunto do Instituto de Ciência da Informação da UFBA. Doutora em Engenharia da Produção (UFSC).
(helenaps@ufba.br)

RESUMO

Tem por objetivo apontar o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) como documento e objeto de atenção da arquivística no âmbito dos hospitais, para uma efetiva gestão da informação voltada para a gestão hospitalar e como elemento básico na integração de sistemas para um Sistema Nacional de Informação em Saúde.

Palavras-chaves: Arquivística; Gestão da Informação; Hospitais; Prontuário Eletrônico do Paciente; Sistemas de Informação em Saúde

INTRODUÇÃO

As organizações na sociedade contemporânea vêm, cada vez mais, considerando a informação como matéria prima de produção, no sentido que, tratada e analisada produz conhecimento a ser agregado a produtos e serviços. Esse círculo virtuoso de informação, conhecimento e produtos de valor agregado é o que dá às organizações uma maior possibilidade de manutenção da qualidade e da competitividade, condição central da globalização.

Essa condição não deve ser diferente nas organizações do setor saúde. No hospital, organização objeto de atenção desta comunicação, considerado historicamente como organizações importantes do sistema socioeconômico, a qualidade é o elemento diferenciador no processo de atendimento de seus usuários, dada a sua missão essencial de curar ou aliviar o sofrimento humano. Além disso, são entendidos como peças indispensáveis no sistema de saúde, considerando a legislação vigente, que lhes atribuem responsabilidade em nível terciário de

¹ Esta comunicação é parte da dissertação em andamento: Gestão da Informação e Integração de Sistemas de Informação em Saúde: um estudo em hospitais cadastrados no SUS em Salvador –Ba.

atendimento, o que significa tratamento e cura de doenças de acordo com a Lei 8.080/90. (CUNHA; MENDES, 2004; CUNHA, 2002)

Entretanto, nas práticas diárias dos serviços de atenção à saúde nos hospitais, a consideração da informação como insumo básico, recurso estratégico, ainda não foi incorporada. Uma pesquisa de mestrado que está sendo realizada em hospitais de Salvador-BA, visando conhecer a realidade dos hospitais quanto a consideração da informação e da gestão da informação por meio eletrônico na gestão organizacional, está demonstrando, ainda na fase de levantamento dos dados, o quão longe isso está. Não há tratamento adequado de documentos e, portanto, de gestão da informação, além disso, a informática nos hospitais ainda é considerada de forma precária.

A gestão da informação também não pode mais prescindir da informática e das redes de comunicação, da Internet. O Ministério da Saúde (MS) está elaborando uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), colocada a público para contribuições da sociedade em geral, enfatizando a gestão da informação por meio da informática como condição fundamental a ser considerada pelas organizações desse setor, em particular as que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS).

A PNIIS tem como foco principal, a utilização de formatos padronizados para o registro de dados assistenciais, visando o estabelecimento de um Sistema Nacional de Informação em Saúde que possibilite o conhecimento da realidade de saúde e doença no país. Esses registros, depositados no documento denominado de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), são, portanto, fontes de informação para conhecimentos de ordem administrativa, assistencial, de pesquisa e ensino, de aspectos legais, dentre outros. Nesse sentido, os serviços de arquivo nos hospitais são estratégicos para a gestão da informação a favor da assistência ao usuário e para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

É com essa visão, da importância do tratamento automatizado dos registros assistenciais que este artigo tem por objetivo apontar o PEP como documento e objeto de atenção da arquivística no âmbito dos hospitais para uma efetiva gestão da informação voltada para a gestão hospitalar e como elemento básico na integração de sistemas para um Sistema Nacional de Informação em Saúde. Para isso são abordados nos itens a seguir: Serviços de Arquivo no Hospital e Gestão da Informação; e, A Telemática e a Arquivística em Saúde.

1 SERVIÇOS DE ARQUIVO NO HOSPITAL E GESTÃO DA INFORMAÇÃO

O serviço de arquivo em unidades de atenção a saúde, em particular nos hospitais, tem como função a guarda adequada dos registros assistenciais. Isso significa que deve primar por uma organização da informação visando uma recuperação com relevância e rapidez, que permita chegar a conhecimentos necessários para uma atuação efetiva no atendimento a saúde ou no combate a doença (ARNODO, 1993).

Um documento de importância primordial nesses serviços é o “**prontuário**”, onde são registrados os dados ou informações sobre as intervenções no paciente ou usuário atendidos pela equipe assistencial. De acordo com Lourenço (2001), não há consenso com relação a delimitação do termo “**prontuário**”. Alguns denominam de prontuário médico, outros de prontuário do paciente. No entanto, a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM), nº 1.638/2002 de 10 de julho de 2002, define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições.

Vale reproduzir essa portaria como demonstração da definição; da importância do prontuário nos atendimentos assistenciais e, também, como demonstram as frases grifadas, a portaria é uma diretriz para os serviços de arquivo no que tange ao prontuário:

Considera ... que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica; ... **que o prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal;** (grifo nosso) ... que compete à instituição de saúde e/ou ao médico o dever de guarda do prontuário, e que o mesmo deve estar disponível nos ambulatórios, nas enfermarias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional; ... que as instituições de saúde devem garantir supervisão permanente dos prontuários sob sua guarda, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas; ... que para o armazenamento e a eliminação de documentos do prontuário devem prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica; **considerando que a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos, define:** (grifo nosso)

Art. 1º - ... prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos

e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo;

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

- I. Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;
- II. À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;
- III. À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art. 3º - Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica. (grifo nosso – nessa comissão pode estar inserido um profissional de arquivo)

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

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

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

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

Art. 6º - A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas. (CFM, 2002)

A portaria deixa patente o prontuário como um documento, uma fonte de informação primária, essencial para o paciente no acompanhamento da sua saúde ou doença e estratégica para o serviço de saúde, pois, gera conhecimentos de ordem administrativa, assistencial, de ensino e pesquisa, de aspectos legais, como frisado. Porém, não coloca de forma clara o papel do serviço de arquivo.

No entanto, a aplicação de princípios e técnicas da Arquivística, que segundo Jardim (1998) compreende a produção, guarda, preservação e utilização dos arquivos, é de primordial importância nos serviços de saúde. O serviço de arquivo é um elemento estratégico para a gestão da informação no hospital. Dessa forma, a participação de um profissional do arquivo na Comissão de Revisão de Prontuários deve ser considerada, já que esse setor é que terá a função da recuperação da informação de forma relevante.

Os serviços de arquivo, segundo Barquin (1972 *apud* Arnodo, 1993, p.34), devem se responsabilizar:

- pelo arranjo correto dos prontuários, abrangendo a intercalação dos vários documentos pertinentes à integração desses;
- pela coleta de dados gerais e específicos relativos à prestação da assistência, a perfazer a estatística geral e a bioestatística;
- pelo movimento e conservação dos prontuários;
- pela guarda e descarte dos mesmos.

Em última análise, o objetivo primeiro do arquivo hospitalar é fomentar a gestão da informação para uma efetiva gestão hospitalar, o que por lógica, deveria ter acompanhado a evolução da tecnologia em saúde que vem caminhando a passos largos. No entanto, não é isso que ocorre, a informação é, ainda, tratada de forma precária, mesmo em centros considerados avançados como demonstra Hammond (2002).

Esse autor, numa demonstração sobre as vantagens do registro dos dados e informações no formato eletrônico, demonstra o exemplo do hospital da *Duke University (North Carolina, USA)*, comparando imagens do centro cirúrgico e de um apartamento de pacientes em 1930 e 2002. Constata, com as fotos, a enorme evolução que houve na tecnologia aplicada a saúde e também, como o arquivo do hospital continua com a mesma imagem de papéis empilhados com relação ao tratamento da informação em 1930 e 2002.

Numa sociedade onde a informação é tachada como o subsídio básico, parece evidente que as organizações hospitalares passem a considerar o arquivo de suas informações de uma perspectiva da gestão da informação para uma efetiva gestão hospitalar e, como demonstra a Portaria do CFM (2002) acima comentada, a partir do registro dos dados assistenciais de forma clara e confiável.

Por essa razão, os registros eletrônicos ganham importância fundamental, pela possibilidade oferecida, por exemplo, pelos bancos de dados relacionais onde uma única entrada, um único ambiente de armazenamento possibilitam, com o cruzamento dos dados, o atendimento à diferentes necessidades de informação. Isso evita a duplicação, a inconsistência dos dados e garante a clareza dos registros, muitas vezes prejudicada no modo manuscrito. Permite, ainda, a interoperabilidade entre sistemas servindo a vários usuários ao mesmo tempo e de forma remota.

Assim, o Prontuário Eletrônico é uma fonte de captação e registro de dados e geração de informações. É uma ferramenta que estrategicamente integrada em um Sistema de Informação Hospitalar (SIH), gera conhecimentos e possibilita a gestão do hospital de forma efetiva. Além disso, o sistema de informação hospitalar pode interligar, via telemática, um sistema de informação único em saúde contemplando, no caso do Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS). Possibilitando, dessa forma, o conhecimento da realidade do país em termos de saúde e doença para fomentar políticas públicas condizentes.

A TELEMÁTICA E A ARQUIVÍSTICA EM SAÚDE

Conforme Kumar (1997), a Telemática é o casamento sinérgico entre os computadores e as telecomunicações. Quando aplicada aos serviços de arquivo nos hospitais deve subsidiar a gestão da informação, e proporcionar a interoperabilidade entre os Sistemas de Informação em Saúde (SIS). Nesse sentido, a arquivística aplicada no hospital deve considerar o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e os Sistema de Informação Hospitalar (SIH).

Apesar da Portaria CFM (2002), denominar de Prontuário Médico, a literatura que trata de registro de atendimentos assistenciais em saúde no formato eletrônico, traz a expressão Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), utilizada, inclusive, por autores brasileiros responsáveis pela elaboração da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS).

O PEP é uma tecnologia proposta para unir os diferentes tipos de dados produzidos em variados formatos em papel, em épocas diferentes, alimentado por diferentes profissionais de saúde e em distintos locais. É um formato eletrônico para manutenção da informação sobre o estado de saúde e o cuidado recebido por um indivíduo durante a sua vida. É um repositório de informações de saúde, clínicas e administrativas, que segundo Marin *et al* (2003) pode proporcionar:

- Acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais;
- Acesso a conhecimento científico atualizado, influenciando o processo de tomada de decisão;
- Melhoria de efetividade da assistência;
- Possível redução de custos e otimização dos recursos.

A telemática impõe um novo *modus operandis* nos processos de trabalho e na organização hospitalar. O PEP viabiliza o acesso distribuído de dados e informações, promove o conhecimento do conjunto das ações assistenciais e permite, assim, um melhor desempenho dessas atividades, bem como das demais: administrativas, de ensino e pesquisa, de aspectos legais, dentre outras. É, portanto, um módulo fundamental de um Sistema de Informação Hospitalar (SIH) como instrumento para a tomada de decisão.

Como principal base de dados, o PEP alimenta outros sub-sistemas que formam um SIH, o qual é constituído por: Sistema de Informação Transacional (SIT) ou Sistema de Informação Operacional (SIO), Sistema de Apoio a Decisão (SAD), Sistema de Apoio ao Ensino (SAE), Sistemas Estatísticos (SE), dentre outros (STUMPF, 1996).

Esses sistemas, de acordo com Cunha e Mendes (2004), deverão informar sobre:

- a (s) doença (s) dos indivíduos, o perfil epidemiológico de um território ou micro-área de risco, contribuindo para identificar causas e condições que propiciam o aparecimento delas, direcionando o planejamento de ações mais custo – efetivas;
- informações administrativas, que envolvem os materiais, medicamentos, equipamentos de alto custo, geração de despesas e receitas, as quais não podem ser improvisadas e descoladas dos serviços assistenciais.

A aplicação do PEP implica necessariamente, conforme Leão (2002), a adoção de padrões na representação da informação (vocabulário), dos meios de armazenamento (*hardwares* e *softwares*), bem como no que se refere a telecomunicações (transmissão e acesso).

A adoção de padrões em saúde vem sendo instituída em vários países por meio de comissões técnicas especializadas em informação e informática, ligadas diretamente ao processo decisório dos Ministérios de Saúde, e com um diálogo aberto entre os envolvidos neste setor (governo, iniciativa privada, hospitais, prestadores de serviços e sociedades científicas).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), que tem atribuição legal a partir da Lei 8.080 de 1990 para organizar o Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS), vem construindo, de forma participativa, uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Essa iniciativa, de abrir a construção da Política à participação pública, segundo o MS, além de recolher as contribuições de diferentes atores sociais, valoriza o controle social no sistema de saúde brasileiro, garantindo a participação da sociedade em fóruns de deliberação de políticas de saúde. A PNIIS está disponível no *site* do MS para contribuições. (BRASIL, 2004)

A proposta da PNIIS, com a integração dos sistemas de informação das diversas unidades de saúde no plano municipal, estadual e federal, tem como objetivo, então, o metaconhecimento da realidade de saúde no país, por meio de um Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS).

O SNIS deve ser pensado como sendo a integração dos sistemas de informação das diversas unidades do Setor Saúde. A figura, abaixo, demonstra a idealização de um SNIS, tomando como base um hospital, a partir do registro assistencial no PEP, como unidade básica de coleta e registro; sua integração com um sistema de informação hospitalar, contribuindo para a gestão organizacional do hospital e, sucessivamente, a integração municipal, estadual e finalmente nacional.

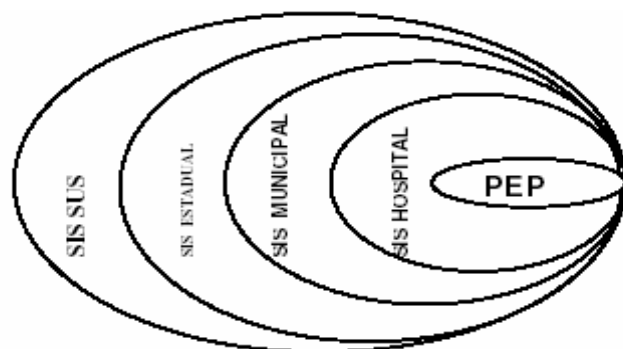


Figura 01: A visão do SNIS a partir do PEP hospitalar
Fonte: Cunha; Silva, 2003.

Destaca-se, então, uma nova condição aos serviços de arquivo, conseqüentemente na arquivística em saúde. Estes devem estar se adaptando às mudanças que a telemática imprime ao *modus operandis*, o que possibilitará aos mesmos serem efetivos, em consonância com a PNIIS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com Schellenberg (2002), a finalidade de todo trabalho de arquivo é preservar os documentos de valor e torná-los acessíveis para consulta. Dessa forma, conservam documentos a serem usados por outros que não aqueles que os criaram e que podem atender a objetivos outros daqueles originalmente pensados quando produzidos.

No caso da assistência a saúde, o registro básico é gerado com foco no atendimento ao paciente. Nos hospitais, os arquivos são unidades responsáveis pelo tratamento armazenamento dados e informações que podem alimentar um sistema de informação no hospital. Os dados assistenciais devem ser repassados aos demais sistemas de informação que por sua vez alimentam o SNIS e viabilizam as ações do SUS. Dessa forma, a arquivística voltada para um sistema de informação hospitalar representa uma ferramenta de gestão da informação e da gestão organizacional.

A proposta da PNIIS acena com uma nova ordem nas práticas dos arquivos dos serviços de atenção à saúde. No entanto, apesar de ser uma proposta do Ministério da Saúde, parece claro, pelo que se constata na pesquisa já citada na introdução, que não há ainda essa consciência por parte dos administradores de hospitais, de maneira geral.

Com isso, vale lembrar a colocação de Cook (1996 *apud* Jardim,1998) quando diz que a arquivística é algo em constante evolução e transformação produzidas na natureza dos documentos, nos organismos que os produzem, nos sistemas de gestão, tratamento e utilização dos arquivos, compreendendo ainda: “as tendências culturais, jurídicas, tecnológicas, sociais, filosóficas e da sociedade”.

A nova óptica da arquivística nos hospitais deve ser a da gestão da informação auxiliada pela telemática. É preciso chamar a atenção que a gestão da

informação é uma combinação complexa de pessoas, processos e tecnologias em busca da eficiência nos sistemas e serviços de saúde favorecendo a convergência da produção assistencial e gerar:

- conhecimentos que possibilitem interações entre os diversos agentes sociais envolvidos nos processos de atenção à saúde; e,
- ações condizentes com as diversas realidades do país.

Isso, sem dúvida, contribuirá para planejar, gerir, organizar, avaliar o SUS e formular políticas de saúde que contribuam para a melhoria da qualidade de vida minimizando a iniquidade nesse setor. Torna-se necessário, então, despertar nos gestores hospitalares, a visão da importância da gestão da informação com a utilização da telemática e os princípios e técnicas da arquivística para uma efetiva gestão em saúde.

Pensar a gestão da informação no hospital a partir da aplicação da arquivística, auxiliada pela telemática, tendo o PEP como unidade básica de coleta e registro, vale considerar a colocação de Foucault (2004, p.110), para quem o hospital não é somente um lugar de cura, mas onde há, também, um campo documental de registro, acúmulo e formação do saber e poder.

REFERÊNCIAS

ARNODO, Luis E. A.. **Sistemas de informação hospitalar**: a importância do serviço de arquivo médico e estatística, 1993, p.132. Dissertação (Mestrado em Administração) Programa de Pós-graduação da Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNIS - Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**; proposta versão 2.0; inclui deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2004.
Brasília <http://politica.datasus.gov.br/PolíticaInformaçãoSaúde%202.0%2029Março2004.doc>.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. 4 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.638/2002**: Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília: 2002. Disponível em: http://www.cfm.org.br/ResolNormat/Numerico/1638_2002.htm . Acesso em 19 set. 2003

CUNHA, Ana Karina M. da. **Conhecimento organizacional e o processo estratégico dos hospitais**, 2002, p.171. Dissertação (Mestrado em Administração) Programa de Pós-graduação da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo/ RG, 2002.

CUNHA, Francisco J. A. Pedroza; MENDES, Vera L. P. S. A política nacional de informação e informática: uma base para a implantação da gestão da informação nos serviços de saúde. IN: **Anais do V CINFORM** – Encontro Nacional de Ciência da Informação. Tropical Hotel da Bahia, Salvador: ICI/ UFBA. Junho de 2004.

CUNHA, Francisco J. A . Pedroza; SILVA, Helena Pereira da. Integração de sistemas: uma nova dimensão de informação em saúde. In: **Socializando informações: reduzindo distâncias**. Orgs: Helena P. da Silva e Othon Jambeiro.. Salvador: UFBA, POSICI: EDUFBA, 2003. Pgs: 9-27.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Org. e trad. Roberto Machado. 19 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

Hammond, W. Ed. **What if we really had an electronic health record? 2002**. Disponível em :< <http://www.openehr.org/downloads/Edv2BerlinEHR.ppt>>. Acesso em 19 set. 2003

JARDIM, José Maria. A produção de conhecimento arquivísticos: perspectivas internacionais e o caso brasileiro (1990-1995). In: **Ciência da Informação**. Vol. 27, n. 3, 1998.

KUMAR, Krishan. **Pós-industrial à pós-moderna: novas teorias sobre o mundo contemporâneo**. Trad.: Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

LEÃO, Beatriz de Faria. Padrões para representar a informação em saúde. In: **Seminário Nacional de Informações e Saúde: o setor no contexto da sociedade da informação: 20 a 23 de novembro de 2000**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2000. P. 21-34.

LEÃO, Beatriz de Faria. A infra-estrutura brasileira para a construção do registro eletrônico de saúde. IN: **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: H. de F. Marin, 2003.

LOURENÇO, Alexandre F. M.. Do médico ou do paciente? In: **Medicina Social de Grupo. Revista da ABRANGE** – Associação Brasileira de Medicina de Grupo. São Paulo: Abrange, ano XV, n. 172, março/ abril 2001.

MARIN, Heimar de F; MASSAD, Eduardo; AZEVEDO NETO, Raymundo S. de. Prontuário eletrônico do paciente: definições e conceitos. IN: **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: H. de F. Marin, 2003.

SHELLENBERG, T. R.. **Arquivos modernos: princípios e técnicas**. Trad.: Nilza Teixeira Soares. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002

STUMPF, Mariza Klück. **A gestão da informação em um hospital universitário: o processo de definição do *patient core Record***, 1996, p.104. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1996.

TARAPANOFF, Kira (Org.). **Inteligência organizacional e competitiva**. Brasília: editora Universidade de Brasília, 2001.