

O PRONTUÁRIO MÉDICO:

Avaliação e guarda.

Patrícia Dias Pinto¹

RESUMO: Esse artigo pretende trazer à tona a problemática que enfrentam as instituições de saúde frente ao processo de avaliação e guarda do Prontuário Médico, conjunto de informações que fazem parte da vida clínica dos pacientes se constituindo, portanto, em um dossiê, não podendo ser desmembrado e muito menos perdido, já que todas as informações são interligadas e só assim poderão manter a sua integridade. Pode-se, portanto imaginar diante dos grandes índices de internamentos diários o quanto é importante o alto nível de qualidade no monitoramento e guarda desse imenso acervo documental, já que esse é um documento de guarda permanente.

PALAVRAS – CHAVE: Prontuário Médico. Avaliação. Guarda.

ABSTRAT: This article aims to bring to surface the problems that face the front of the health institutions in the evaluation process and custody of luck Medical, set of information that are part of the life of the patients were clinically constituting therefore in a case and can not be separated and very less lost, since all information is interconnected and only then can maintain its integrity. One can therefore imagine the major indexes ahead of hospitalization daily how important is the high level of quality in monitoring and custody of that huge collection documentary, since this is a document for permanent custody.

1 INTRODUÇÃO

O prontuário médico é o conjunto documental onde se encontram todas as informações sobre a vida clínica ou hospitalar de um indivíduo. As informações são guardadas pelas clínicas, postos de saúde ou hospitais e tem caráter sigiloso, só médicos e pacientes estão autorizados ao acesso a estas informações. A qualidade das informações prestadas e a guarda permanente deste documento são necessárias para assegurar ao paciente ou aos seus familiares, a qualquer tempo, prova e testemunho.

Assim, o objeto de estudo neste artigo é o Prontuário Médico, evidenciando procedimentos como avaliação e guarda.

O objetivo é abrir um leque para discussão, tendo como ponto de partida os dois elementos grifados no parágrafo anterior e como campo para essa pesquisa um hospital da rede particular de Salvador que já se encontra acreditado no nível III (maior nível) pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Pode-se verificar a existência de uma comissão formada por profissionais da área de saúde, jurídica e administrativa no hospital, tendo por finalidade, a avaliação e revisão desse conjunto

¹ Graduanda em Arquivologia pela Universidade Federal da Bahia, patriciadaspinto@hotmail.com.

documental, o que revela a preocupação com a qualidade no gerenciamento dos prontuários médicos.

O prontuário médico é constituído por vários tipos de formulários específicos da área médica, cada um trazendo informações sobre o paciente, atendendo aos objetivos da sua criação e com valor de guarda a ser avaliado pela comissão de avaliação citada anteriormente e que se reúne de três em três meses para uma reavaliação das informações contidas nos documentos, observando-se também a necessidade da inclusão de outras informações que passem a ter relevância.

A justificativa para o desenvolvimento deste artigo é chamar a atenção dos profissionais de saúde e funcionários de clínicas e hospitais que manipulam o prontuário diariamente quanto à responsabilidade pela integridade do conjunto documental, e assim possam estar a cada dia contribuindo para elevar o nível de qualidade das informações inseridas no prontuário desde a admissão do paciente até a sua alta hospitalar. O paciente estará mais bem amparado dado a precisão das informações, quando necessitar esclarecer a qualquer tempo algo sobre sua vida médica para outros, judicialmente ou não.

Os resultados deste estudo irão mostrar como é conduzido o processo de avaliação e guarda dos prontuários no hospital pesquisado e se essas informações estão de acordo com as recomendações do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Conselho Nacional de Arquivo (CONARQ).

2 MÉTODO

A construção deste texto teve como embasamento contextual algumas Resoluções do Conselho Federal de Medicina que visam padronizar ações dentro da área de saúde em relação aos prontuários médicos, bem como a Resolução nº 22, de 30 de Junho de 2005, do CONARQ, que dispõe sobre a avaliação de documentos em instituições de saúde, tornando possível se fazer uma comparação entre as recomendações dos órgãos citados acima e o que de fato é feito pelo hospital estudado. Incorporado a essas resoluções foram referenciados artigos sobre a importância do prontuário médico e eletrônico

O trabalho foi enriquecido com entrevista concedida por duas profissionais da área de saúde, nos dias 08 e 15 de outubro no departamento SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística do hospital. Uma, coordena esse mesmo departamento e a outra é responsável pela Auditoria na Qualidade dos Prontuários Médicos. As duas compõem a Comissão de Revisão dos Prontuários Médicos desse mesmo hospital, sendo possível o esclarecimento das questões que se fizeram importantes para o desenvolvimento do tema proposto.

A primeira entrevista, (08/10) com a coordenadora do SAME teve como objetivo esclarecer sobre a organização, a guarda e o rastreamento dos prontuários entre os setores do hospital autorizados a manuseá-los.

A segunda entrevista, em 15/10, com a responsável pela qualidade dos prontuários médicos possibilitou esclarecimentos sobre o tratamento desses documentos.

3 AVALIAÇÃO

Para a Arquivística um arquivo permanente constitui-se de documentos produzidos a mais de 25 anos. A avaliação vai apontar o valor do documento desde o seu nascimento (fase corrente), permanecendo nesta fase até cessar a razão pela qual foi criado; passando à espera de ver cumprido o seu estágio probatório, ou seja, quando cessa seu valor legal (fase intermediária), chegando muitos finalmente, a serem conservados permanentemente, quando se observa a existência do valor histórico (fase permanente) (BELLOTO, 2005).

Para o prontuário a sua fase corrente é o período de atendimento ou período de internamento do paciente, servindo nesse momento às necessidades da sua origem. Em um segundo momento, quando o paciente já não está em atendimento por ter recebido alta médica ou hospitalar, passa a ser arquivado, ficando os dois primeiros anos (período estipulado pelo hospital pesquisado) em arquivo intermediário e após esse período transferido para um arquivo central sem nenhuma perspectiva de eliminação por se tratar de um dossiê, podendo servir de prova testemunhal a qualquer tempo para paciente, para a instituição de saúde ou para servir a dados estatísticos. A Resolução do CFM nº1638/2002:

RESOLVE

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

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

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

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

a. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade(indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;

e. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de paciente, deverá constar relato médico completo, história clínica 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 cabe ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Ao falarmos do prontuário médico precisamos nos cercar de todas as informações que existem sobre esse conjunto documental para dar embasamento e respaldo para a construção desse artigo.

O CONARQ – Conselho Nacional de Arquivos na sua resolução nº 22, de 30 de Junho de 2005 “Dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde”. Citados aqui apenas os artigos pertinentes ao Prontuário Médico, objeto desse estudo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 4º A Comissão Permanente de Avaliação de Documentos deverá ser constituída por uma equipe multiprofissional da instituição

detentora do acervo, com membros efetivos e eventuais, e deverão integrá-la:

- a) representantes do Corpo Clínico e da Equipe de Saúde;
- b) arquivista ou responsável pela guarda da documentação;
- c) servidores das unidades organizacionais às quais se referem os documentos a serem avaliados, com profundo conhecimento das atividades desempenhadas;
- d) representante da Comissão de Revisão de Prontuários;
- e) representante da área jurídica da instituição;

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

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

4 GUARDA

A guarda permanente dos prontuários médicos preocupa as instituições de saúde. As clínicas, hospitais e postos de saúde não têm condição de continuar guardando indefinidamente tamanho volume documental.

A realidade aqui pesquisada (hospital particular de Salvador) tem em média 600 internamentos por mês, gerando a abertura de 600 prontuários. Se pensarmos na realidade dos hospitais públicos esse volume documental dobra e conseqüentemente os problemas que envolvem a guarda são desastrosos causando perda de prontuários e acentuando a falta de segurança em torno dos documentos.

Para que os documentos tenham uma guarda de melhor qualidade os hospitais particulares são obrigados a terceirizar essa guarda confiando documentos sigilosos a outros.

A digitalização dos prontuários e/ou a microfilmagem são os únicos meios que podem possibilitar a eliminação do suporte papel, mas, são poucos os hospitais que digitalizam prontuários obedecendo às normas técnicas para o uso de sistemas informatizados para guarda e manuseio do prontuário médico. A Resolução do CFM nº 1639/2002:

RESOLVE

Art. 1º - Aprovar as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", anexas à esta resolução, possibilitando a elaboração e o arquivamento do prontuário em meio eletrônico.

Art. 2º - Estabelecer a guarda permanente para os prontuários médicos arquivados eletronicamente em meio óptico ou magnético, e microfilmados.

Art. 4º - Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários médicos em suporte de papel.

Parágrafo único – Findo o prazo estabelecido no caput, e considerando o valor secundário dos prontuários, a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, após consulta à Comissão de Revisão de Prontuários, deverá elaborar e aplicar critérios de que apresentem informações relevantes do ponto de vista amostragem para a preservação definitiva dos documentos em papel médico científico, histórico e social.

Abrahão (2004) discorre sobre a importância da integridade da informação, confidencialidade, privacidade e digitalização dos prontuários. Defende ainda que o prontuário pertença ao paciente e só esse pode autorizar a divulgação dos dados ali contidos.

O prontuário não é um documento apenas burocrático que vise a contabilização dos gastos hospitalares e sim um documento de valor probante nas contestações sobre possíveis irregularidades. O seu primeiro dever é o de informar (FRANÇA, 2007).

5 RESULTADOS

A instituição de saúde utilizada como campo de pesquisa para a realização desse trabalho faz parte, como já foi dito anteriormente, da rede particular de saúde atuando desde Junho de 1976.

O arquivo de prontuários médicos também tem início nessa data, como não poderia deixar de ser, já que os atendimentos e internamentos aconteciam desde o início das atividades.

Hoje, o hospital realiza em torno de 600 internamentos ao mês e mantém um acervo de prontuários médicos sob a guarda de uma empresa terceirizada, contratada para esta finalidade. Trata-se de aproximadamente, cem mil prontuários com datas entre 1976 até 1997 mantidos em caixas lacradas. Cada caixa contém em média 150 prontuários acondicionados em envelopes pardos (os mais antigos) e em pastas tipo classificadores com os documentos afixados lateralmente por prendedores plásticos (usados até hoje). Existem mais duas unidades de arquivo subordinadas ao hospital: em uma encontram-se prontuários entre os anos 1998 a 2005 (arquivo central, fora das dependências do hospital) e a outra no setor SAME, guardando prontuários entre os anos de 2006 e 2007 e 2008.

Em 2000, o hospital iniciou o uso de sistema informatizado, que mostra a movimentação do prontuário médico entre setores do hospital que podem ter acesso a esse dossiê (como Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH –, Diretoria Técnica e Faturamento). Essa ação é uma constatação da preocupação com esse documento e com a sua integridade, obrigando a cada um dos envolvidos com esse deslocamento interno a registrar no sistema a sua assinatura digital.

Em 2002, foi implantada a Comissão de Revisão dos Prontuários Médicos com o objetivo de avaliar a relevância das informações constantes no prontuário, o correto preenchimento dos formulários (como: identificação do paciente, exames, evoluções médicas diárias e procedimentos realizados, arquivamento etc.). Nos anos seguintes, pôde-se notar uma melhora acentuada no preenchimento dos formulários tanto por parte do corpo de atendimento administrativo, como por parte dos médicos e enfermeiros.

A comissão é formada por 2 profissionais de Enfermagem ligados à gerência de enfermagem, 2 profissionais de enfermagem ligados ao SAME, 1 coordenadora do setor de faturamento, 2 médicos e 1 profissional ligado ao Núcleo em Qualidade Total (NQT).

Toda essa preocupação da instituição com a qualidade dos serviços que presta tem motivado o desenvolvimento de práticas corretas na avaliação dos prontuários médicos, documentos da maior importância para o hospital onde se encontram relevantes informações para a área médica e para o paciente.

A guarda desse conjunto documental é outro ponto relevante e está diretamente ligado ao problema do pouco espaço físico disponível para abrigar tamanho volume de documentos e também é uma questão financeira, já que a implantação de serviços informatizados e sua manutenção, representa um custo alto para o hospital.

O CFM prevê o descarte dos prontuários em suporte papel que recebeu o último documento há vinte anos, mas não é isso que ocorre devido à falta de processo de digitalização ou microfilmagem exigido também pelo CFM para que o prontuário em papel possa ser eliminado. Para contornar esse problema o hospital terceiriza a guarda dos prontuários evitando o acúmulo de documentos no SAME e no arquivo central.

O hospital iniciou um processo de digitalização de prontuários em 2000, contratando uma empresa terceirizada, mas não continuou devido à desorganização

que sofriam os prontuários e à má qualidade dessas digitalizações, provocando problemas com a leitura dos documentos, além do alto custo do serviço. Ao contratar uma empresa para realizar esse serviço, o hospital tem que estar cercado de toda documentação própria a respeito da segurança das informações que constam nos prontuários, obrigando para isso que a firma contratada respeite todas as cláusulas de sigilo.

O hospital pensa em implantar o prontuário eletrônico mas, para isso, precisa de uma melhor estrutura informatizada, que cumpra as exigências de uso deste sistema.

6 CONCLUSÃO

Com base nas informações coletadas para a realização desse artigo, nota-se que o hospital estudado vem desenvolvendo um trabalho de qualidade significativo e crescente. O item avaliação teve dentro do que exige o CFM, grande progresso com a Criação da Comissão de Revisão de Prontuário Médico, o que se pode notar pelo relato das entrevistadas quanto à diminuição das não conformidades no preenchimento dos documentos encontradas anteriormente e da melhor distribuição dos prontuários entre o SAME, o arquivo central e a empresa terceirizada.

O item guarda é o que ainda mais preocupa já que não existe processo alternativo, indicado pelo CFM, que permita a eliminação do suporte papel.

Esse assunto merece atenção e todos os envolvidos com a área médica precisam continuar discutindo sobre a melhor maneira de se avaliar e conservar informações tão relevantes para pacientes, médicos e para a pesquisa científica.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Maraivan Santiago. **A segurança da informação digital na saúde.** Revista Einstein; 10/2004.

BELLOTO, Heloísa L. Valores dos documentos de terceira idade. In:_____. **Arquivos Permanentes:** tratamento documental. 2 ed.ver. e ampl. Rio de Janeiro: FGV, 2005. p. 113-124.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão dos Prontuários nas instituições de saúde. Disponível em:

<http://www.cfm.org.br/reso1normat/numerico/1638_2002.htm>. Acesso em: 07/09/07

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1639/2002. Aprova as “Normas Técnicas para uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico”, dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para a certificação dos sistemas de informação e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cfm.org.br/reso1normat/numerico/1639_2002.htm>. Acesso em: 07/09/07

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. Resolução nº 22/2005. Dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde. Disponível em: <<http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm>>. Acesso em: 07/09/07.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Prontuário Médico** [2007]. Disponível em: <http://www.wellingtonsantos.com/academico_1.htm>. Acesso em: 10/11/07.