

MANUAL

DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DA CLÍNICA
SERVIÇO DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

DE DIRETRIZES E BOAS PRÁTICAS PARA GESTÃO DA DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA NA REDE EBSEERH



OSWALDO DE JESUS FERREIRA

Presidente

EDUARDO CHAVES VIEIRA

Vice-Presidente

GIUSEPPE CESARE GATTO

Diretor de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde

ROSANA REIS NOTHEN

Coordenadora de Gestão da Clínica

FÁBIO CAMPELO SANTOS DA FONSECA RIBEIRO

Chefe de Serviço de Regulação Assistencial

ELABORAÇÃO

Elen Oliveira Pernin

Marina Torres Santana

Fernanda Barreto Meneses Pessoa Lima

Lilian Leite de Resende

Pablo Soledade dos Santos

CONTRIBUIÇÕES (CONSULTA PÚBLICA)

Anderson Fonseca da Costa - HUAC-UFCG

Carlos Henrique da Silva Santos - HU-UFMA

Carolina Becker Soeth - HU-UFSC

Edinara Lina de Oliveira - HUAB-UFCG

Eduardo Barbosa Coelho - DEPAS/CGPITS

Elias Fernando Gomes - HC-UFMG

Fernanda Louisy Ferreira de Oliveira - HU-UFS

Francisca Edla Santos Leite Gurgel - CH-UFC (MEAC)

Gilson Ribeiro Barboza - HUMAP-UFMS

Junio Gomes Silva - HUCAM-UFES

Leandro Antunes Santos - HUPES-UFBA

Letícia Arantes de Lacerda - HUB-UnB

Lidinalva Barbosa de Barros - HUOL-UFRN

Luana de Assis - CHC-UFPR

Luciana Duarte de Oliveira - HUMAP-UFMS

Michelle Silva Nunes - MEJC-UFRN

Paloma Coutinho Campos - HU-UFJF

Poliana Gondim Ferreira de Oliveira - HC-UFG

Pollyana da Silva Batista - HU-UFS

Rodolfo Araújo da Silva - HU-UNIVASF

Tathiane Ribeiro da Silva - HC-UFTM

Vanessa Lima Dias - MCO-UFBA

Manual de Diretrizes e Boas Práticas para Gestão da Documentação Clínica na Rede Ebserh

© 2021, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A coleção institucional da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares pode ser acessada na íntegra no sítio: <http://gov.br/ebserh>

Normas e Manuais Técnicos

1.^a edição – 2021

O conteúdo desta publicação é resultado de um trabalho envolvendo técnicos e direção da Diretoria de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e do Ministério da Saúde.

Distribuição e informações: Diretoria de Ensino Pesquisa e Atenção à Saúde, Coordenadoria de Gestão da Clínica, Serviço de Regulação Assistencial.

Diagramação: Serviço de Eventos e Promoção Institucional (Coordenadoria de Comunicação Social).

Imagem de Capa: Canva Pro

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Setor Comercial Sul - SCS, Quadra 09, Lote C, Ed. Parque Cidade Corporate, Bloco C - 1º a 3º pavimentos.

Cep: 70308-200 – Brasília/DF

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
1. OBJETIVOS	8
1.1. Objetivo Geral	8
1.2. Objetivos Específicos	8
2. PROGRAMA DE GESTÃO DOCUMENTAL	9
2.1. Elaboração de um Programa de Gestão Documental	9
3. CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA (CDC)	12
3.1. Conceito e Definição	12
3.2. Principal Documento do CDC - Prontuário do Paciente	12
3.3. Arquivos	14
3.3.1. Arquivo Corrente	14
3.3.2. Arquivo Intermediário	15
3.3.3. Arquivo Permanente	15
3.4. Objetivos do CDC	15
3.5. Estrutura Física do CDC	16
3.6. Equipe Mínima do CDC	16
3.7. Funcionamento do CDC	17
3.8. Atividades Gerais do CDC	17
3.9. Atividades Específicas Realizadas no CDC	17
3.9.1. Desarquivamento de Prontuários para Agendas de Consultas.....	17
3.9.2. Conferência de Prontuários	18
3.9.3. Entrega e Recolhimento de Prontuários para os Ambulatórios	18
3.9.4. Organização de Fichas de Emergência/Pronto Socorro	19
3.9.5. Controle e Organização de Prontuários	19
3.9.6. Unificação de Prontuários	19
3.9.7. Organização de Prontuários para Sala de Estudo	20
3.9.8. Arquivamento de Prontuários	20
3.9.9. Método de Arquivamento dos Prontuários do Paciente	20
3.9.10. Realizar a Transferência de Prontuários do Arquivo Corrente para o Intermediário	22
3.9.11. Coordenação das Atividades do Arquivo	22
3.10. Realizar requisição de materiais de consumo e escritório para o Setor	23
3.11. Solicitações Extras que Chegam no CDC	23
3.11.1. Cópias de Prontuários e Pedidos de Relatórios Médicos	23
3.11.2. Usuários dos Serviços do CDC	24
3.12. Medidas de Racionalização de Espaço do CDC	24
3.13. Comissão de Modernização dos Serviços de Documentação Clínica	25
3.13.1. Competências Mínimas	25
3.13.2. Atribuições.....	25
4. PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO DE GUARDA DOS PRONTUÁRIOS	26
5. COMISSÕES DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS (CRP) E COMISSÃO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS (CPAD)	28
5.1. Atribuições da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos (CPAD)	29
5.2. Atribuições da Comissão de Revisão de Prontuários (CRP)	31
5.3. Composição e Funcionamento da CRP	32

SUMÁRIO

6.	INDICADORES	32
6.1.	Indicadores de Qualidade do Arquivo	32
7.	DIRETRIZES PARA O PROCESSO DE DIGITALIZAÇÃO E DESCARTE	35
7.1.	Processo para a Digitalização na Instituição	36
7.2.	Privacidade de Dados	36
7.3.	Arquivos Digitais	36
7.4.	Descarte	37
	REFERÊNCIAS	39
	ANEXO 1 - LEGISLAÇÃO ATUALMENTE EM VIGOR QUE VERSE SOBRE A DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA	40
	ANEXO 2 - PRINCIPAIS: PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)	43

APRESENTAÇÃO

As Unidades Hospitalares, segundo a Política Nacional de Atenção Hospitalar (Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de julho de 2017) são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, e responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas. E que para além das questões assistenciais têm inúmeros outros desafios organizativos a serem enfrentados.

Diante do exposto é importante considerar que os hospitais universitários têm como um de seus grandes desafios a gestão e preservação de sua documentação clínica de forma eficiente. Ainda encontramos em nossa realidade cenários que vão desde a inexistência de prontuários clínicos únicos, até dificuldades na criação de espaço de guarda e estrutura física em condições adequadas (iluminação, temperatura etc.) que permitam uma melhor organização e acondicionamento da documentação clínica, e ausência de prontuário eletrônico do paciente.

Nesse sentido, o Serviço de Regulação Assistencial da Coordenadoria de Gestão da Clínica, da Diretoria de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde, da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, vinculada ao Ministério da Educação (SRA/CGC/DEPAS/EBSERH), publica um Manual de Diretrizes e Boas Práticas para Gestão da Documentação Clínica, com ênfase no prontuário do paciente.

O trabalho de elaboração desse manual tem como subsídios os produtos entregues pela consultoria especializada, contratada para o desenvolvimento de estudos para melhorias nos processos de organização, guarda e preservação dos prontuários dos pacientes. Esse material forneceu informações para elaboração de diretrizes e balizamentos de qualidade no levantamento de boas práticas e inovação na gestão da documentação clínica nos hospitais da Rede Ebserh.

Ressalta-se que este Manual possui base nas normativas vigentes, apresenta parâmetros e deve ser adequado à realidade de cada hospital da Rede Ebserh, com suas especificidades para o funcionamento interno, infraestrutura, volumetrias, entre outras variáveis, bem como regramentos e estrutura organizacional, no que tange a gestão da documentação clínica.

Outros fatores considerados para o desenvolvimento desse Manual foram a implementação da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e o papel do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) como repositório único da informação clínica, visando o nivelamento e a armazenagem segura das informações históricas dos pacientes, bem como a homogeneização, dentro da Rede Ebserh, quanto à segurança e parametrização na alimentação e guarda dos prontuários.

Dessa forma, espera-se que a utilização deste Manual seja um instrumento de orientação descritiva para gestão da documentação clínica, auxiliando na prática dos Centros de Documentação Clínica (CDC), visando boas práticas da gestão de processos, da gestão arquivística e da gestão da saúde dos Hospitais Universitários Federais da Ebserh.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo Geral

Estabelecer diretrizes e boas práticas para a Gestão da Documentação Clínica, com ênfase no prontuário, observando as características dos hospitais da Rede Ebserh, bem como regramentos e estrutura organizacional, no que tange a gestão da documentação clínica.

2.2. Objetivos Específicos

- Desenhar os processos de melhoria do espaço de guarda dos Prontuários dos Pacientes;
- Definir a composição, o funcionamento e as competências das comissões de Revisão de Prontuários e de Avaliação de Documentos;
- Melhorar a coordenação entre os Serviços e a área responsável pela Gestão da Documentação Clínica (codificação, sistemas de classificação de pacientes, relatórios de alta, entre outros);
- Descrever as principais legislações relacionadas à Documentação Clínica.

2. PROGRAMA DE GESTÃO DOCUMENTAL

2.1. Elaboração de um Programa de Gestão Documental

A Lei de Arquivos, n.º 8.159/91, no seu art. 3º, denomina a gestão de documentos como o conjunto de procedimentos e operações técnicas referentes à produção, tramitação, uso, avaliação e arquivamento em fase corrente e intermediária, visando a sua eliminação ou recolhimento para guarda permanente. Perfaz, portanto, a gestão de documentos, o planejamento, execução e o controle das atividades técnicas relacionadas aos acervos arquivísticos, a partir do estabelecimento de normas, procedimentos e métodos de trabalho.

No que se refere aos procedimentos e operações técnicas inerentes às atividades de Gestão de Documentos, destacam-se três básicas: **a produção, a utilização e a destinação**. Jardim (1985, p. 1) menciona: “[...] a gestão cobre o ciclo de existência dos documentos desde sua produção até serem eliminados ou recolhidos para arquivamento permanente, ou seja, trata-se de todas as atividades inerentes às idades corrente e intermediária”.

Diante disto, a implementação de um Programa de Gestão de Documentos propicia o gerenciamento de toda a vida informacional de uma instituição. Em sentido mais amplo, a adoção de um programa de Gestão de Documentos assegura o direito de acesso às informações e salvaguarda de direitos e da memória.

[...] gerir documentos em seu sentido mais amplo, significa não só racionalizar e controlar a produção documental, garantir o uso e a destinação adequada dos mesmos, mas principalmente assegurar ao governo e ao cidadão o acesso pleno às informações contidas nos documentos, tarefa por excelência dos arquivos (INDOLFO, 1995, p. 7).

A aplicabilidade da Gestão de Documentos ocorre através dos seus instrumentos, principalmente do Plano de Classificação e Tabela de Temporalidade de Documentos (PCTTD), que serve, dentre outras funções, para a tomada de decisões, recuperação da informação e preservação da memória institucional.

A Tabela de Temporalidade é um “[...] registro esquemático do ciclo de vida documental do órgão, sendo elaborada após a análise da documentação e aprovada pela autoridade competente” (INDOLFO, 1995, p. 24). Ela determina os prazos de guarda documental na fase corrente, estabelecendo critérios de transferência para a fase intermediária, ou a sua destinação final: recolhimento ao arquivo permanente ou eliminação.

No Brasil, ainda não existe um PCTTD para a área de saúde, no que se refere a documentos de atividades-fim. Este documento encontra-se em fase de estudo e elaboração pelo Arquivo Nacional, juntamente com um grupo de trabalho. Tal fato, não torna impeditivo para que a Ebserh elabore os seus instrumentos arquivísticos, visto não saber quando será a conclusão do trabalho deste instrumento único para as instituições de saúde. Além disso, o exercício de elaboração do PCTTD da Ebserh fará com que se tenha conhecimento da produção documental da empresa, que poderá colaborar com a construção de um PCTTD conjunto, evitando que tipologias documentais existentes na Rede Ebserh não sejam contempladas neste plano e tabela unificados.

No tocante à aplicabilidade de gestão documental, observam-se **quatro níveis** de aplicação de um programa de Gestão de Documentos.

Segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), esses níveis são:

1. **Mínimo**, que engloba programas de retenção e eliminação de documentos, estabelecendo métodos adequados de recolhimento dos documentos de valor permanente;
2. **Mínimo ampliado**, englobando as atividades do nível mínimo, contando com um ou mais centros de arquivamento intermediário;
3. **Nível intermediário**, que complementa os dois primeiros, contando ainda com programas básicos de elaboração de formulários e correspondência e com a implantação de sistema de arquivos;
4. **Máximo**, que compreende a gestão de diretrizes administrativas, de telecomunicações e o uso de recursos da automação, abrangendo também todas as atividades dos níveis anteriores.

Na atual conjuntura da Ebserh, é possível a busca de um programa de nível máximo, que respeite as particularidades de cada hospital da Rede, fazendo as implementações de forma parcial, de acordo com o nível de maturidade e disponibilidade de recursos.

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

Não havendo gestão, planejamento e operação da informação arquivística, de acordo com Lopes (2000, p. 217), não se pode: a) planejar e desenvolver atividades, considerando o capital informacional prévio; b) tomar decisões político-administrativas ou pessoais baseadas em dados acumulados; c) atender às necessidades legais e técnicas; d) evitar a repetição completa ou parcial de atividades, economizando recursos materiais e humanos; e) recuperar a história.

O termo gestão está relacionado à administração, ao ato de gerenciar. Isso significa que é preciso ir além do ato de registro da informação em um suporte, é preciso também que se tenha um planejamento de tal forma, que, mesmo com uma grande volumetria de documentos gerados, como é o caso dos hospitais universitários federais, e diante das ferramentas tecnológicas disponíveis nos dias atuais, seja possível localizar e utilizar a informação no tempo exato e necessário para uma tomada de decisão.

A gestão documental, sem dúvidas traz racionalidade administrativa, a partir da implementação das etapas do ciclo documental, em especial, quanto ao desenvolvimento e acompanhamento de ações na produção, utilização, conservação e destinação de documentos.

Sugere-se desta forma a análise para implantação do Programa de Gestão Documental, considerando todos os itens até aqui elencados. Além disso, sugere-se a implantação minimamente das seguintes práticas de gestão documental:

- I) A organização dos documentos, baseada em procedimentos arquivísticos;
- II) A implantação de códigos de assuntos nos protocolos gerais;
- III) A avaliação da documentação acumulada e a destinação final;
- IV) A adequação do sistema de protocolo aos procedimentos arquivísticos;
- V) A centralização da documentação nas fases permanente e intermediária, em salas de arquivo;
- VI) A higienização dos documentos de valor permanente;
- VII) O acondicionamento apropriado para os documentos de tamanho especial e a redefinição (conforme a necessidade) do leiaute dos arquivos.

No sentido prático, apresentam-se ações sugeridas para que sejam adotadas pela Rede Ebserh:

- a. Constituição de CPAD e CRP para realização de avaliação documental e descarte de documentos com prazos maiores de 20 anos do último atendimento;
- b. Serviços de terceirização da guarda;
- c. Redução do tempo de guarda de documentos nos arquivos correntes;
- d. Criação e aplicação do Plano de Classificação e Tabela de Temporalidade de Documentos, em conformidade com as discussões estabelecidas pelo grupo de trabalho do Arquivo Nacional;
- e. Produção de documentos nato digitais, eliminando a impressão em papel;
- f. Serviços de Digitalização de Documentos;
- g. Elaboração e implantação de Políticas de gestão, acesso, preservação e segurança;
- h. Criação de fluxos e mapeamentos dos processos de gestão documental, bem como o monitoramento destes para a busca da melhoria contínua;
- i. Definição de indicadores comuns a todas as Unidades de Processamento da Informação Assistencial (UPIA) da Rede Ebserh, de maneira a potencializar a identificação do status da Rede, bem como ações institucionais de aprimoramento.

3. CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA (CDC)

3.1. Conceito e Definição

Atualmente o setor de arquivo possui uma nomenclatura variada tanto na literatura, quanto na prática de diversas instituições, inclusive variando muito nos próprios hospitais da Rede Ebserh. As principais denominações encontradas para os Arquivos das Instituições de Saúde (AIS) são os seguintes:

- Serviço de Arquivo Médico (SAM);
- Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME);
- Serviço de Prontuário do Paciente (SPP);
- Centro de Documentação Clínica (CDC);
- Serviço de Arquivo;
- Centro de Informação em Saúde (CIS).

Como o termo CDC valoriza e melhor se adequa a atualidade, mesmo que essa definição da nomenclatura não caiba para todas as instituições, com base no que efetivamente é disponibilizado como serviços, resolvemos adotar como a nomenclatura mais adequada aos Arquivos Clínicos.

Essa decisão foi tomada ao considerarmos que é inadequado ter um setor denominado de Serviço de Arquivo Médico e Estatística, se este setor não fizer estatística. O uso da nomenclatura Arquivo Médico também se encontra obsoleta, já que a nomenclatura adotada já não é mais Prontuário Médico, e sim Prontuário do Paciente, inclusive pelo próprio Conselho Federal de Medicina (CFM).

3.2. Principal Documento do CDC - Prontuário do Paciente

O prontuário do paciente é definido pelo Conselho Federal de Medicina como sendo: *“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.”* (Resolução n.º 1.638/2002) e é considerado de elaboração obrigatória pelo Código de Ética Médica (Art. 69).

O prontuário do paciente deve conter informações que assegurem a continuidade do atendimento ao paciente desde a sua entrada na instituição de saúde até sua saída. Ele também é de extrema importância para os processos administrativos, seja no aspecto legal ou financeiro.

Pode-se considerar que o prontuário do paciente é o instrumento básico do bom exercício sanitário, e melhora o fluxo e a qualidade da informação clínica, porque sem ele é impossível que o médico ou qualquer outro profissional de saúde possa ter, com o passar do tempo, uma visão completa e global do paciente para prestar a devida assistência.

Contudo, ainda que o objetivo primordial deste documento seja o assistencial, não podem, nem devem ser ignorados outros aspectos extra assistenciais dos prontuários do paciente:

- **Ensino e Pesquisa:** a partir dos prontuários do paciente podem ser realizados estudos e investigações sobre determinadas patologias que resultem em publicações científicas ou sejam fonte para geração de dados epidemiológicos ou de saúde pública;
- **Avaliação da qualidade assistencial:** o prontuário do paciente é considerado pelas normas deontológicas como um direito do paciente derivado do direito a uma assistência médica de qualidade. Já que se trata de um fiel reflexo da relação médico-paciente, bem como de um registro da atuação médico-sanitária prestada ao paciente, seu estudo e valoração permite estabelecer o nível de qualidade assistencial dada, bem como todas as funções de Inspeção, Avaliação e Acreditação;
- **Administrativa:** o prontuário do paciente é elemento fundamental para o controle e gestão dos serviços médicos e do cuidado multiprofissional das instituições de saúde;
- **Faturamento e processamento de informação assistencial:** o prontuário do paciente é a base para o faturamento e para o processamento das atividades ao SUS;
- **Médico-legal:** trata-se de um documento público / semipúblico, pelo qual o direito ao acesso está limitado. Pode ser considerada uma ata de cuidados assistenciais; existe obrigação legal de efetuar-lo por regulamentos, Código Deontológico Médico e Normas Internacionais; é um elemento de prova nos casos de responsabilidade médica profissional e da organização, tendo um extraordinário valor jurídico; e como instrumento de ditame pericial, é um elemento-chave na elaboração de relatórios médico legais. Neste sentido, deverá conter os procedimentos informados assinados pelo paciente.

Características e requisitos que devem ter nos Prontuários do Paciente dos hospitais da Ebserh:

- **Confidencialidade:** o segredo médico e o sigilo são elementos fundamentais a serem levados em conta em qualquer âmbito da organização hospitalar e fora dela. O prontuário do paciente e qualquer outra informação clínica são propriedades do paciente e não podem ser transferidas sem sua autorização explícita. O Prontuário é o suporte documentário biográfico da assistência à saúde administrada a um paciente. Sendo assim, é o documento mais privado que existe de uma pessoa. O problema médico-legal mais importante que se propõe é a violação da intimidade e da confidencialidade do paciente e os problemas vinculados a seu acesso. Na

- atualidade adquire mais importância em razão da informatização dos dados;
- **Segurança:** deve constar a identificação do paciente, bem como dos médicos e pessoal de saúde que intervêm ao longo do processo assistencial;
 - **Disponibilidade:** ainda que se deva preservar a confidencialidade e a intimidade dos dados neles refletidos, deve ser assim mesmo um documento disponível;
 - **Unicidade:** o Prontuário do paciente deve ser único para cada paciente pela importância referente aos benefícios que ocasiona ao paciente, ao trabalho assistencial, a gestão e a economia sanitária;
 - **Legível:** um Prontuário do paciente que não esteja organizado e dificilmente inteligível, prejudica pacientes pelos erros que podem derivar de uma inadequada interpretação dos dados neles contidos;
 - **Verazes:** exatos e completos na informação que se recolhe neles;
 - **Integrado:** cada episódio assistencial estará reunido e datado por um relatório de Alta.

O descumprimento ou a não realização de registro no prontuário do paciente, pode ter as seguintes repercussões:

- Risco de potencial responsabilidade por prejuízos ao paciente, à instituição, à administração;
- Risco médico-legal objetivo, por carência do elemento de prova fundamental em reclamações por má prática assistencial, multiprofissional.

O CDC deve utilizar o conceito de ciclo vital dos documentos para separar e realizar o arquivamento dos arquivos, conforme a sua temporalidade. O ciclo vital dos documentos é definido como uma “[...] sucessão de fases que passam os documentos (corrente, intermediária, permanente), desde o momento em que são produzidos até sua destinação final (eliminação ou guarda permanente)”.

3.3. Arquivos

3.3.1. Arquivo Corrente

No arquivo corrente, local de guarda setorial, devem ficar os documentos em tramitação. Estes devem permanecer como documento corrente no menor prazo possível, passando-se posteriormente para o arquivo intermediário. Recomenda-se também a adoção de digitalização de documentos e o descarte do original, seguindo as determinações legais, especialmente o Decreto n.º 10.278/2020. Ou seja, é possível fazer a digitalização a partir do momento do término da tramitação do prontuário, mantendo o arquivo digitalizado.

Ressalta-se que a situação ideal, é que o documento já nasça nato digital, tendo sua certificação digital realizada no ato da produção, tornando-se desnecessária a impressão em papel, conforme Medida Provisória n.º 2200-2 e a Lei n.º 14.063/2020. Este procedimento quando implantado irá transformar a realidade das instituições no que tange a gestão da documentação física.

3.3.2. Arquivo Intermediário

No arquivo intermediário devem ficar arquivados os documentos que não estão mais em tramitação, até o prazo de temporalidade de sua destinação final. A constituição de uma Comissão Permanente de Avaliação de Documentos (CPAD) e a avaliação documental são fundamentais no sentido de possibilitar ações que vão permitir o descarte do documento original quando avaliado com a destinação final de eliminação, a partir de uma tabela de temporalidade de documentos.

Recomenda-se que se a instituição tiver problemas com relação a espaço físico, que mantenha **os documentos dos últimos 02 anos no arquivo intermediário**, que são geralmente os mais pesquisados e faça a guarda terceirizada. Outra maneira para arquivamento, como por exemplo, seria o uso compartilhado e parceria com a universidade a qual o hospital estiver ligado. Ressalta-se, também, a importância da adoção de digitalização de documentos e o descarte do original, seguindo as determinações legais, especialmente o Decreto n.º 10.278/2020, destacando que os documentos não podem estar definidos como de guarda permanente.

3.3.3. Arquivo Permanente

No arquivo permanente devem ficar os documentos físicos classificados pela CPAD como documentos de caráter permanente. Estes, mesmo que digitalizados não poderão ser descartados o documento original, conforme determinação da legislação em vigor, com destaque ao Decreto n.º 10.278/2020.

3.4. Objetivos do CDC

O CDC tem por principal objetivo a guarda da documentação clínica produzida e recebida pela instituição, garantindo sua preservação e possibilitando seu acesso rápido e seguro, para quem tem direito de acessar.

É o setor responsável pela organização e gestão arquivística. Centro receptor, disponibilizador e controlador da produção documental da área da saúde, envolvendo os serviços de medicina e multiprofissional, assistência social, relatórios estatísticos, entre tantos outros componentes documentais, que inclusive não fazem parte da composição do prontuário do paciente.

A realização da guarda deve ser feita de forma organizada e segura, em consonância com as Políticas de Acesso, Segurança e Preservação da Informação independente do suporte de registro destas informações. Deve também estar em consonância com as demais normas da instituição.



O CDC também poderá atender outras demandas, como por exemplo, a estatística hospitalar, o que dependerá da demanda de cada instituição.

3.5. Estrutura Física do CDC

O setor deve estar instalado em local apropriado, com boas condições de instalações físicas prediais, elétricas, hidráulicas, de climatização, de ergonomia quanto ao mobiliário, de lógica de rede, de recursos de segurança de trabalho, como extintores de incêndio, equipamentos de proteção individual (EPI's), entre outros para pleno funcionamento. Ressalta-se que o setor possui uma complexa cadeia de serviços e responsabilidades, que envolvem diversos profissionais.

Devem ser considerados requisitos de segurança e acesso às dependências do CDC. Assim como implantação de sistema de vigilância por câmeras, nos casos necessários.

Os espaços internos devem estar separados por divisórias, com climatização específica para cada área. Sugere-se, minimamente, a seguinte divisão:

- a. espaço para área de trabalhos físicos da equipe;
- b. espaço para área de trabalho com equipamentos de informática;
- c. espaço de armazenamento do acervo;
- d. espaço para a gerência dos serviços;
- e. espaço para atendimento de usuários (grupos de pesquisa, comissões, auditoria);
- f. espaço de carga e descarga;
- g. espaço para recepção e atendimento primário.

3.6. Equipe Mínima do CDC

O CDC deve contar com uma equipe mínima capaz de cumprir os objetivos, atendendo as demandas das rotinas diárias e ocasionais, bem como que possam estar atentos ao contínuo estudo para melhoria de processos do setor.

O ideal é que cada hospital tenha ao menos um bacharel em Arquivologia, profissional com a formação adequada para as demandas complexas da área arquivística. Sugere-se que este profissional seja concursado, assumindo o cargo de chefia do setor. Não sendo possível ser concurso, que possa ser um cargo comissionado.

A equipe deve ter profissionais assistentes e auxiliares administrativos em quantidade suficiente. Deve possuir profissionais com experiência em alimentação de sistemas e base de dados.

A presença de estagiários de Arquivologia pode colaborar com o desenvolvimento de algumas ações de modernização do setor.

É importante também que componha a equipe um profissional de estatística, caso esta função seja desenvolvida no setor. O controle por indicadores é algo que não pode faltar neste local e deve ser feita por um profissional com esta qualificação..

3.7. Funcionamento do CDC

As instituições devem especificar o horário de funcionamento do setor e de cada serviço prestado por este, bem como estabelecer seus procedimentos específicos, a partir das particularidades e regras de cada instituição.

3.8. Atividades Gerais do CDC

O CDC deve contar minimamente com as seguintes atividades gerais:

- a. Atendimento aos usuários internos e externos;
- b. Conferência e controle do fluxo de prontuários para os ambulatórios e internação;
- c. Anexação de documentos aos prontuários;
- d. Controle, revisão e arquivamento dos prontuários;
- e. Atendimento à solicitação de cópia da Documentação Clínica;
- f. Localização e disponibilização de prontuários solicitados para consultas ambulatoriais, internação, estudos, pesquisa e auditoria;
- g. Processamento Técnico dos prontuários, que envolve a (Inserção/ avaliação/restauração das capas, etiqueta de identificação, etiqueta de sinalização do sistema dígito terminal);
- h. Digitalização de documentos.

3.9. Atividades Específicas Realizadas no CDC

3.9.1. *Desarquivamento de Prontuários para as Agendas de Consultas*

Nesse espaço do CDC são realizadas as atividades de:

- Imprimir, separar, organizar e distribuir para a equipe, a lista das agendas de consultas;
- Desarquivamento dos prontuários para disponibilização para atendimentos: impressão das agendas e retirada com antecedência entre 01 a 03 dias do atendimento;
- Considerar que a melhor prática é receber os extratos de consulta ambulatorial, para serem anexados aos prontuário e não disponibilizar todo o prontuário sempre que possível, movimentar menos o prontuário físico;

- Providenciar prontuários para os pedidos de outros setores, comissões, entre outras demandas trazidas pela recepção do CDC;
- Realizar a movimentação no sistema dos prontuários;
- Realizar o recebimento no sistema dos prontuários que chegarem ao setor.

3.9.2. Conferência de Prontuários

Nesse espaço do CDC são realizadas as seguintes atividades:

- Separar as agendas por ambulatório e turno;
- Conferir nome e número dos prontuários com aqueles que já constam na agenda dos turnos;
- Marcar os números de prontuários não encontrados para a lista de conferência;
- Colocar os prontuários encontrados das listas de conferência, nas suas respectivas especialidades e nas agendas impressas;
- Movimentar no sistema de controle de prontuários, os números de prontuários para as especialidades e os dias que constam nas agendas;
- Encaminhar os prontuários com capas danificadas e/ou antigas para que sejam trocadas;
- Movimentar no sistema os prontuários que foram encontrados após as agendas terem sido encaminhadas aos ambulatórios para a sala de conferência;
- Realizar a rastreabilidade a partir do uso de sistema;
- Liberar as agendas para os seus respectivos responsáveis por encaminhar os prontuários para os ambulatórios.

3.9.3. Entrega e Recolhimento de Prontuários para os Ambulatórios

Responsável por entregar e recolher os prontuários dos pacientes com consultas agendadas para os ambulatórios.

Nesse espaço são realizadas as seguintes atividades:

- Encaminhamento ao ambulatório com 01 dia de antecedência;
- Conferir as agendas por especialidade antes de levá-las para os ambulatórios;
- Encaminhar e organizar as agendas nos devidos ambulatórios;
- Entregar a agenda para o profissional responsável pelo recebimento no ambulatório e conferir os prontuários juntamente com o mesmo para dar o recebido na folha de agenda de consulta ou por meio de protocolo eletrônico;
- Atender aos pedidos de solicitações via Sistema de Rastreamento de Prontuário ou via telefone (caso ainda não haja o sistema), para consulta ambulatorial;
- Recolher os prontuários dos ambulatórios, mediante a conferência dos prontuários juntamente com o (a) secretário (a) do ambulatório;

- No setor, dispor os prontuários, por numeração de sequência final, na prateleira de prontuários a serem movimentados para o Setor de Faturamento;
- Separar os prontuários de primeira vez e encaminhá-los para o setor de registro;
- Providenciar os prontuários quando solicitados para a recepção, faturamento e outros setores autorizados.

3.9.4. Organização de Fichas de Emergência/Pronto Socorro

Nesse espaço são realizadas as atividades de:

- Recolher as fichas de atendimento já faturadas no setor de faturamento;
- Separar as fichas por data de atendimento;
- Organizar e arquivar as fichas nas pastas;
- Encaminhar para o arquivo intermediário as pastas com fichas com mais de três meses do último atendimento. Essa atividade pode ser realizada pela equipe do Pronto Atendimento;
- Pesquisar no sistema as fichas quando solicitadas pelos usuários;
- Localizar e disponibilizar as fichas de atendimento quando solicitadas por pessoa devidamente autorizada.

3.9.5. Controle e Organização de Prontuários

Nesse espaço são realizadas as seguintes atividades:

- Imprimir etiquetas para capas dos prontuários de primeira vez;
- Substituir de capas de prontuários danificados;
- Receber folhas de evolução dos ambulatórios para serem anexadas aos prontuários;
- Registrar o número de pacientes atendidos sem a localização do prontuário;
- Receber prontuários de consulta de primeira vez, colocando as etiquetas;
- Enviar prontuários de primeira vez para faturamento (quando for caso);
- Realizar abertura de 2ª via de prontuário (quando necessário). Atividade normalmente realizada pelas recepcionistas do ambulatório.

3.9.6. Unificação de Prontuários

Nesse espaço são realizadas as atividades de:

- Identificar as duplicidades;
- Solicitar o desarquivamento dos prontuários duplicados;
- Verificar os dados do paciente (via sistema e/ou pelo próprio prontuário do paciente) para confirmação de duplicidade;
- Unificar os prontuários;
- Inativar o prontuário duplicado do paciente no sistema (movimentar para o código

- de área: prontuário desativado) e no sistema de cadastro do paciente;
- Realizar o registro da movimentação.

3.9.7. Organização de Prontuários para Sala de Estudo

Nesse espaço são realizadas as seguintes atividades:

- Orientar os usuários quanto à documentação necessária para realização de pesquisa com o prontuário do paciente;
- Analisar a documentação das requisições dos solicitantes, e providenciar os prontuários dos pedidos no prazo estabelecido e movimentar os prontuários no sistema para a sala de estudo;
- Recolher os prontuários já pesquisados e movimentá-los no sistema para o código relativo ao arquivamento;
- Manter a organização da sala de estudo;
- Auxiliar nas demais atividades quando necessário.

3.9.8. Arquivamento de Prontuários

Nesse espaço são realizadas as atividades de:

- Ordenar e arquivar os prontuários no arquivo corrente;
- Arquivar os prontuários transferidos para o arquivo intermediário;
- Transporte e arquivamento de prontuários para o arquivo intermediário;
- Realizar a revisão do arquivo (quando necessário).

3.9.9. Método de Arquivamento dos Prontuários do Paciente

O melhor método de arquivamento para prontuário físico do paciente é o numérico dígito-terminal a cores.

Devido a questões de custos, nem sempre é possível implantar o sistema de cores, visto que a etiqueta exige um investimento além da pasta do prontuário. A vantagem do uso de cores é a visualização e redução de erros de arquivamento. É possível identificar mais facilmente a localização, já que cada número tem uma cor específica.

Caso não seja possível o uso de etiquetas de cores, ainda assim, o uso do sistema numérico dígito-terminal é a melhor opção. A utilização do método dígito-terminal é aconselhada quando trabalhamos com documentos com número de identificação contendo muitos algarismos. Números compostos por 8 algarismos, que resultam na separação em três grupos, por exemplo, são ideais para uso desse método.

As vantagens deste método de arquivamento proposto são as seguintes:

- Diminuição dos erros de arquivamento;
- Diminuição da carga de trabalho;

- Distribuição do espaço de maneira homogênea;
- Economia de espaço;
- Permite detectar facilmente erros de arquivamento;
- Não afeta a extração de prontuários para o passivo (ainda que se retirem prontuários, não se faz necessário organizar o espaço que sobrou).

Os documentos são numerados sequencialmente, e na sua leitura, apresenta-se uma peculiaridade que caracteriza o método: os números, dispostos em grupos de dois dígitos cada um, são lidos da direita para a esquerda, formando pares.

Decompondo-se, por exemplo, o número 829.319, tem-se os seguintes grupos: 82-93-19. O arquivamento dos documentos é realizado considerando-se em primeiro lugar os dois últimos algarismos, seguindo-se os dois anteriores, se os dois últimos forem iguais, e assim sucessivamente.

Quando restar apenas um dígito no primeiro grupo, ele deve ser completado com o número 0. Exemplo: 41.567 -> 04-15-67". (Marilena Leite Paes apud Miranda, Elvis; 2018).

Em arquivamento de material radiográfico, não se recomenda pelos seguintes motivos:

- Ocupa grande quantidade de espaço;
- Aumenta os ônus de trabalho;
- Apresenta dificuldades de expurgo;
- Escasso valor em decorrência do tempo: são documentos secundários dos Prontuários Clínicos, às vezes seriados, que têm valor num episódio concreto (todo o material de provas de pré-operatório, placas sem anormalidade, entre outros);
- Pode-se considerar a alternativa de arquivar em estantes diferentes (com medidas diferentes às atuais) do material que seja relevante para tratamentos concretos ou que tenham uma finalidade científica ou docente.

As atuais pastas contentoras dos Prontuários do Paciente nos hospitais apresentam os seguintes problemas:

- Não homogêneas. O que dificulta o arquivamento;
- Estão deterioradas;
- Não são capazes de conter os documentos clínicos;
- Não é fácil a incorporação de novos documentos, pelo mecanismo de grampeamento dos mesmos.

Por tudo isso se propõe:

Mudança das atuais pastas de Prontuários dos Pacientes por outras de maior qualidade que cumpram com a função de armazenar os documentos clínicos, que permitam a incorporação de outros novos e que facilitem a atividade assistencial.



Independentemente do modelo de pastas para o prontuário, as pastas devem reunir características mínimas:

- Papel/cartão kraft (de aproximadamente 300g, Formada por 2 elementos principais: bolsa (componente de papel, que envolve os documentos) e uma borda lateral dupla saliente, de preferência reforçada (para afixação de etiquetas coloridas). De cor branca ou clara que facilite a identificação do paciente e seu arquivamento;
- Que permita seu crescimento (tipo fuelle ou fastener);
- Identificadas com um código de barras correspondente ao número de prontuário clínico;
- Identificadas com adesivos coloridos que representem os dígitos terminais que diminuam os erros ao arquivar.

3.9.10. Realizar a Transferência de Prontuários do Arquivo Corrente para o Intermediário

Realizar o recolhimento de prontuários do arquivo intermediário para o arquivo permanente (quando houver).

3.9.11. Coordenação das Atividades do Arquivo

Nesse espaço são realizadas as seguintes atividades:

- Coordenar a elaboração de projetos e propostas de melhoria para a unidade;
- Supervisionar as atividades dos colaboradores;
- Realizar reuniões com a equipe e dar feedback;
- Supervisionar a manutenção do arquivo;
- Representar o setor em reuniões e eventos;
- Elaborar as escalas mensais do setor e gerir as folhas de ponto;
- Participar das comissões.

O ideal é que os prontuários sejam consultados dentro do CDC, tanto por comissões internas, quanto por auditorias, residentes e outros profissionais para pesquisa. O setor deve possuir uma sala com vidro transparente ou um profissional do setor no local para acompanhar e orientar as pesquisas. O setor deve também disponibilizar um termo de compromisso*, com confidencialidade para cada pesquisador que acessar as informações dos documentos sensíveis, como o prontuário do paciente. O local deve ser reservado, sem grande fluxo de pessoas.



* Recomenda-se que seja criado um formulário uniformizado, no qual já estejam consideradas as devidas fundamentações legais.

3.10. Realizar requisição de materiais de consumo e escritório para o Setor

- Realizar requisição de materiais de consumo e escritório;
- Realizar aquisição ao reparo de bens imóveis;
- Solicitar conserto ou melhorias das instalações físicas.

3.11. Solicitações Extras que Chegam no CDC

3.11.1. Cópias de Prontuários e Pedidos de Relatórios Médicos

O prazo para a entrega da documentação, é de 5 (cinco) dias úteis após a requisição. A cópia ficará disponível para retirada por 60 (sessenta) dias, a contar da disponibilização, e será inutilizada após esse prazo. No momento da retirada deve ser apresentado o original do documento de identificação válido com foto e assinatura.

Os pedidos de cópias e relatórios médicos devem ser solicitados pelos usuários diretamente na recepção do CDC, salvo exceções específicas em cada instituição. Os pedidos de solicitações devem ser sempre registrados. O acesso aos prontuários para cópia e/ou relatório do prontuário ou da ficha de atendimento devem ser fornecidos pelo hospital de acordo com normativas internas. Sugere-se a adoção das seguintes normativas para solicitação de cópias:

- **Para pacientes internados:** formulário com a opção do paciente autorizar alguém de sua confiança para cópias de prontuários, pois temos muitas situações de pacientes entubados/ em coma que os familiares querem tirar cópia para levar uma segunda opinião médica e não podemos permitir a não ser por via judicial;
- **Para o paciente:** mediante solicitação formal do representante legal, em modelo de formulário padrão;
- **Para paciente menor de idade:** mediante solicitação formal pelo responsável (pai, mãe, tutela) com a apresentação dos documentos do responsável e do menor;
- **Para paciente incapaz:** mediante a solicitação formal do representante legal, quando não responde pelas faculdades mentais (desde que tenha termo de curatela ou tutela), mediante a apresentação de documentação oficial do solicitante e do incapaz;
- **Para terceiros:** mediante solicitação formal, com procuração ou autorização do paciente, registrada em cartório e apresentação de documentação oficial do solicitante;
- **Pacientes falecidos:** mediante solicitação formal e quando solicitados pelo cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, cópia do prontuário do paciente falecido, desde que documentalmente comprovado o vínculo familiar e observada a ordem de vocação hereditária conforme Recomendação CFM n.º 03/2014; e apresentação dos seguintes documentos: RG (original e cópia) do solicitante e do paciente falecido e certidão de óbito (original e cópia);

- Pacientes internados em outra instituição: serão fornecidas cópias do prontuário somente mediante solicitação oficial do Diretor Técnico/Clínico da instituição na qual o paciente se encontra à Diretor Técnico/Clínico do outro hospital, responsável pela guarda do prontuário.

Cópias também poderão ser disponibilizadas a partir de autorização judicial.



3.11.2. Usuários dos Serviços do CDC

Usuários internos:

- Ambulatórios;
- Gerências;
- Enfermarias;
- Centro de Controle de Internação Hospitalar (CCIH);
- Pronto Socorro;
- Professores e residentes;
- Pesquisadores e estudantes;
- Central de Internação;
- Faturamento;
- Auditoria Interna;
- NIR;
- Comissões Internas.

Usuários externos:

- Pacientes e familiares;
- Auditores;
- Advogados;
- Peritos;
- Seguradoras;
- Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;
- e outros.

3.12. Medidas de Racionalização de Espaço do CDC

A necessidade de espaço físico é um dos principais fatores críticos da gestão da documentação clínica dos hospitais universitários da Rede Ebserh. O conjunto dos hospitais da rede, juntos, possuem dezenas de milhões de prontuários de pacientes. Essa volumetria impacta diretamente na qualidade dos serviços prestados pelas instituições, bem como interfere no uso de

áreas internas que poderiam ser aproveitadas para disponibilização de mais serviços finalísticos.

Esta afirmativa não desvaloriza a importância dos arquivos das instituições de saúde, visto que o problema está relacionado a má gestão da documentação, mantendo dessa forma guardados documentos sem valor, seja administrativo, assistencial, jurídico e de pesquisa. Neste sentido, com a realização de medidas de gestão que sejam capazes de mitigar a situação apresentada, teremos os arquivos necessários sob guarda permanente e um programa contínuo que corrobore com a solução gradual deste problema, em um tempo aceitável.

Por tudo já visto no desenvolvimento deste trabalho, e nas práticas do dia a dia da gestão da documentação clínica, é perceptível que diminuir a documentação em papel nas instituições não se trata de uma solução simples e pontual. São necessárias ações de gestão de processos, de recursos tecnológicos e transformação digital, de questões relacionadas a definição de políticas, mudança de cultura organizacional, entre outros aspectos.

É necessário um esforço conjunto da instituição, especialmente o interesse e atenção da alta gestão, que precisa demonstrar ao conjunto dos colaboradores a importância da temática e precisa também tomar decisões que implicam investimentos que em curto prazo podem parecer ampliar os gastos, mas que em médio e longo prazo, restará percebido a importância do trabalho, economicidade gerada e especialmente, um melhor atendimento aos usuários, uma maior resolutividade nas demandas de consulta destes documentos, particularmente, os prontuários do paciente.

3.13. Comissão de Modernização dos Serviços de Documentação Clínica

3.13.1. Competências Mínimas:

Sugestão de composição mínima: Arquivista, chefe da Unidade no qual o CDC está vinculado, ou o responsável pelo CDC, representantes da diretoria geral e divisão clínica.

3.13.2. Atribuições:

- Estudos, revisões e definições de processos de modernização e melhorias internas do gerenciamento da documentação clínica e dos serviços prestados;
- Conhecer a realidade da documentação clínica nas fases corrente, intermediária e permanente;
- Implantar um programa de gestão documental.

4. PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO DE GUARDA DOS PRONTUÁRIOS

A terceirização de serviços é algo consolidado nas relações comerciais entre as organizações. No âmbito do Poder Público, trata-se da forma comum de contratação de serviços e mão de obra. A Lei n.º 13.429/17 permite inclusive que qualquer função que faça parte do escopo de uma organização possa ser terceirizada, sendo ela atividade fim ou não. As instituições terceirizam diversos segmentos, como os de limpeza, vigilância, logística, recursos humanos, digitação, entrega e entre outros.

No âmbito de serviços arquivísticos, trata-se também de formato comum, especialmente para serviços de tratamento arquivístico, guarda e digitalização de documentos. Do ponto de vista normativo específico para serviços arquivísticos, tem-se a Resolução n.º 6, de 15 de maio de 1997 do Conselho Nacional de Arquivos, que dispõe sobre diretrizes quanto à terceirização de serviços arquivísticos públicos.

Esta reconhece que é possível a contratação de serviços arquivísticos para a execução de atividades técnicas auxiliares, desde que planejados, supervisionados e controlados por agentes públicos pertencentes aos órgãos e entidades produtores e acumuladores dos documentos, no entanto, aponta como exclusiva do Poder Público a guarda de documentos, conforme verifica-se no art. 2º: **“a guarda dos documentos públicos é exclusiva dos órgãos e entidades do Poder Público**, visando garantir o acesso e a democratização da informação, sem ônus, para a administração e para o cidadão.” (grifos nossos).

Apesar da proibição apontada pela Resolução, os órgãos públicos têm terceirizado estes serviços e não estão em desconformidade com a legislação brasileira, visto que as Resoluções do Conarq têm caráter recomendatório e não obrigatório. Ou seja, a resolução busca orientar e estabelecer diretrizes, e cada instituição deve avaliar sua viabilidade de aplicação, visto a solidez dos estudos realizados pelo Conselho para disponibilização destas resoluções, mas de fato devem ser também avaliadas do ponto de vista prático, especialmente de viabilidade de gestão e financeira. Outro serviço que a citada Resolução não recomenda a terceirização é a avaliação documental, conforme segue:

Art. 1º - As atividades de avaliação serão reservadas para execução direta pelos órgãos e entidades do Poder Público, por ser atividade essencial da gestão de documentos, de responsabilidade de Comissões Permanentes de Avaliação, conforme determina o disposto no art. 2º do Decreto nº 2.182, de 20 de março de 1997, sendo vedada a eliminação de documentos sem prévia autorização da instituição arquivística pública de seu âmbito de atuação, conforme determina o disposto no art. 9º, da Lei n.º 8.159/91.

Dito isso, apresentam-se duas situações:

Situação ideal: que não se faça a guarda terceirizada de documentos, ou seja, que cada instituição disponha de uma estrutura suficiente para armazenar sua documentação. Isso certamente seria possível em médio/longo prazo com um programa de gestão documental, realizando avaliação de documentos para descarte, e a digitalização de substituição de suporte analógico

para o digital, conforme sugerido nas Atividades 1 e 2 deste Produto.

Situação real: o grande volume documental da maioria dos hospitais da Rede Ebserh e dificuldade de gestão interna, por conta principalmente de espaço físico, logística e recursos humanos, exige que se faça a contratação de serviços terceirizados de guarda, de forma provisória.

Sugere-se que se faça um planejamento que permita que os documentos encontrados sob este tipo de contratação sejam ao longo dos contratos, avaliados para definição de sua destinação final, se guarda definitiva ou eliminação e assim seja feita a gestão documental reduzindo de forma expressiva o uso do papel, e assim guardando a documentação permanente nas instalações da instituição ou realizando o seu recolhimento para o Arquivo Nacional, conforme prevê a legislação (art. 17, do Decreto n.º 4.073/2002).

Sugere-se também que a mesma empresa de guarda, seja contratada também para os serviços de apoio a avaliação documental, ou seja, que realize procedimentos técnicos, como organização e indexação de prontuários, que tornem mais simplificados os processos de avaliação documental por parte das CPAD.

Talvez exista a falta de estudos internos e incentivo quanto a adoção da guarda externa, ou até o desconhecimento da existência desses serviços e ainda a insegurança quanto a guarda de documentos públicos junto a terceiros, possam ocasionar o baixo interesse das instituições. Sugere-se que a Ebserh realize uma atividade exclusiva para tratar da guarda terceirizada nos hospitais, trazendo casos de sucesso e as problemáticas acerca do assunto.

5. COMISSÕES DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS (CRP) E COMISSÃO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS (CPAD)

Constituir Comissões de Revisão de Prontuários e Comissão Permanente de Avaliação de Documentos é fundamental para as instituições de saúde.

A Lei n.º 13.787/2017, de 27 de dezembro de 2018, que dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente, determina em seu art. 3º o que segue:

Art. 3º Os documentos originais poderão ser destruídos após a sua digitalização, observados os requisitos constantes do art. 2º desta Lei, e após análise obrigatória de comissão permanente de revisão de prontuários e avaliação de documentos, especificamente criada para essa finalidade.

§ 1º A comissão a que se refere o caput deste artigo constatará a integridade dos documentos digitais e avaliará a eliminação dos documentos que os originaram.

§ 2º Os documentos de valor histórico, assim identificados pela comissão a que se refere o caput deste artigo, serão preservados de acordo com o disposto na legislação arquivística.

Também no que tange as comissões, o Ministério da Saúde (MS), através da Portaria n.º 112, de 14 de fevereiro de 2012, define critérios e requisitos para comprovação de efetiva capacidade institucional das instituições de saúde para apresentação de projetos ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).

Apesar do respaldo legal que permite que as atribuições da CPAD, sejam exercidas pela CRP, tecnicamente tal acumulação vem se mostrando inviável, especialmente em virtude do grande quantitativo de dados e informações para avaliação e de tão díspares as atribuições de uma e outra comissão.

As informações trazidas na contextualização, especialmente na demonstração das atribuições estabelecidas para a CRP e CPAD, justificam a necessidade de comissões diferentes. Sabe-se das dificuldades para ter membros suficientes para pleno funcionamento das comissões, sobre a dedicação não exclusiva e não gratificada, mas reforça-se a importância do trabalho a ser realizado em cada comissão.

Devem ser seguidas as orientações de composição e atribuições estabelecidas pela Resolução n.º 1638/2002 do CFM e o Decreto n.º 10.148/2019, no que se refere a CPAD.

Especificamente em relação a CPAD, recomenda-se que esta seja composta por um representante do Serviço de Arquivo, e representantes da divisão clínica, da diretoria e do setor jurídico.

Esta comissão deverá ser responsável pela elaboração e aplicação dos códigos de classificação de documentos e as tabelas de temporalidade e destinação de documentos. Recomenda-se quando não tiver estrutura interna, que se proceda a contratação de prestador de serviço para apoio a esse trabalho, ressaltando-se que a responsabilidade dos trabalhos deve ser da CPAD.

Esta comissão também deve orientar, analisar, avaliar e selecionar o conjunto de documentos produzidos e acumulados pela instituição, tendo em vista a identificação dos documentos para guarda permanente e a eliminação dos documentos destituídos de valor.

Pode fazer parte dos trabalhos da CPAD: Estudos, revisões e definições de processos de modernização e melhorias internas do gerenciamento da documentação clínica e dos serviços prestados; conhecer a realidade da documentação clínica nas fases corrente, intermediária e permanente; implantação de um programa de gestão documental.

As CPAD's definem critérios para avaliação dos conjuntos documentais, considerando os aspectos: administrativo, legal, fiscal, técnico e histórico, analisando especialmente a relevância para a pesquisa na área da saúde, a relevância histórica e informativa, o estado de conservação dos documentos, a possibilidade de uso de recursos tecnológicos, como a digitalização de documentos como substituição de suporte de documentos em longo prazo de guarda, desde que não sejam considerados permanentes, conforme Decreto n.º 10.278/2020, entre outros fatores de avaliação.

A avaliação de documentos tem como objetivos principais: a redução da massa documental; a agilidade na recuperação dos documentos e das informações; a eficiência administrativa; a melhor conservação dos documentos de guarda permanente; a racionalização da produção e do fluxo de documentos (trâmite); a liberação de espaço físico; e incremento à pesquisa.

5.1. Atribuições da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos (CPAD)

O Decreto n.º 10.148/2019, 02 de dezembro de 2019, entre outras determinações, dispõe sobre a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos no âmbito da Administração Pública Federal. Tal normativa traz a seguinte deliberação:

Art. 9. Serão instituídas Comissões Permanentes de Avaliação de Documentos, no âmbito dos órgãos e das entidades da administração pública federal, órgãos técnicos com o objetivo de orientar e realizar o processo de análise, avaliação e seleção dos documentos produzidos e acumulados no seu âmbito de atuação para garantir a sua destinação final, nos termos da legislação vigente e das normas do Siga, com as seguintes competências:

I - elaborar os códigos de classificação de documentos e as tabelas de temporalidade e destinação de documentos, que são instrumentos técnicos de gestão relativos às atividades-fim de seus órgãos e entidades e submetê-los à aprovação do Arquivo Nacional;

II - aplicar e orientar a aplicação do código de classificação de documentos e a tabela de temporalidade e destinação de documentos das atividades-meio da administração pública federal e de suas atividades-fim aprovada pelo Arquivo Nacional;

III - orientar as unidades administrativas do seu órgão ou entidade, analisar, avaliar e

selecionar o conjunto de documentos produzidos e acumulados pela administração pública federal, tendo em vista a identificação dos documentos para guarda permanente e a eliminação dos documentos destituídos de valor;

IV - analisar os conjuntos de documentos para a definição de sua destinação final, após a desclassificação quanto ao grau de sigilo; e

V - observado o disposto nos incisos I e II, submeter as listagens de eliminação de documentos para aprovação do titular do órgão ou da entidade.

Parágrafo único. As Comissões Permanentes de Avaliação de Documentos serão instituídas por ato dos titulares dos órgãos ou das entidades.

Art. 11. As Comissões Permanentes de Avaliação de Documentos serão compostas pelos seguintes servidores do órgão ou da entidade:

I - servidor arquivista ou servidor responsável pelos serviços arquivísticos, que a presidirá; e

II - servidores das unidades organizacionais às quais se referem os conjuntos de documentos a serem avaliados e destinados para guarda permanente ou eliminação.

§ 1º Cada membro da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos terá um suplente, que o substituirá em suas ausências e impedimentos.

§ 2º Os membros da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos serão designados pelo titular do órgão ou da entidade dentre os seus servidores.

§ 3º A Secretaria-Executiva da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos será exercida por um dos servidores a que se refere o inciso II do **caput**.

§ 4º O Presidente de cada Comissão Permanente de Avaliação de Documentos poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades públicos ou privadas e especialistas na matéria em discussão para participar das reuniões, sem direito a voto.

Art. 12. A Comissão Permanente de Avaliação de Documentos se reunirá em caráter ordinário, no mínimo, semestralmente e em caráter extraordinário sempre que convocada por seu Presidente ou por solicitação de um terço dos membros.

§ 1º O quórum de reunião da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos é de maioria absoluta de seus membros e o quórum de aprovação é de maioria simples.

§ 2º Além do voto ordinário, o Presidente da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos terá o voto de qualidade em caso de empate.

Art. 13. A participação na Comissão Permanente de Avaliação de Documentos será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada.

Art. 14. Os membros da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos que se encontra-rem no mesmo ente federativo da reunião participarão presencialmente e os membros que se encontrem em outros entes federativos participarão da reunião por meio de videoconferência.

Além das CRP e CPAD, os hospitais universitários, quando possível, deveriam ter comissões de modernização da documentação clínica, onde nessas comissões seriam estudados e definidos processos de modernização e melhorias internas do gerenciamento da documentação clínica e dos serviços prestados. A esta comissão caberia conhecer a realidade da documentação clínica nas fases corrente, intermediária e permanente, definir diretrizes para a melhoria, implantan-

do um programa de gestão documental bem estruturado. Ressalta-se, que nenhuma das comissões acima listadas, possuem essas atribuições.

5.2. Atribuições da Comissão de Revisão de Prontuários (CRP)

Segundo o art. 5º da Resolução n.º 1.638 do CFM, 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 obrigatórios a assinatura e o respectivo número do CRM;

e) Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

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.

III - Realização de auditorias, por amostragem, a fim de verificar o atendimento ao art. 5º da Resolução nº1638/2002 do CFM.

IV - Criação de indicadores para acompanhamento e monitoramento das não conformidades.

V- Publicação de relatórios e/ou indicadores no Painel de Gestão à Vista visando a educação e conscientização dos profissionais que manejam os prontuários.

O art. 6º estabelece que 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.

5.3. Composição e Funcionamento da CRP:

- A Comissão deve estar presidida por um médico nomeado pelo HUF, que é o responsável pela custódia, exploração e avaliação dos dados contidos nos Prontuários Clínicos;
- Devem estar representados todos os Serviços do Hospital, e aquelas pessoas que a Direção Médica designe;
- Deverão reunir-se com uma periodicidade mensal estabelecendo um calendário e temas a tratar, ao menos com caráter semestral;
- De todas as reuniões será elaborada uma ata na qual constarão, a ordem do dia dos temas tratados, os acordos aos que se tenha chegado e os responsáveis pelas tarefas que tenha que realizar;
- Estudo sobre grau de preenchimento e grau de qualidade do Relatório de Alta tanto hospitalar como de Emergências, do Protocolo Cirúrgico e do Consentimento Informado;
- Estudo e possível desenvolvimento do prontuário clínico eletrônico e seus documentos importantes: relatório de alta, relatório de radiologia, laboratório, entre outros;
- Criar grupos de trabalho específicos;
- Elaborar relatórios técnicos;
- Divulgar as normas vigentes.

6. INDICADORES

Indicadores são instrumentos que sintetizam um conjunto de informações em um único valor, portanto, permitem que sejam medidos certos fenômenos entre si, ou ao longo de determinado tempo.

Conhecidos também como KPIs (Key Performance Indicators, ou Indicadores-Chave de Desempenho), eles identificam tendências e comportamentos, e normalmente fornecem dados concretos sobre o desempenho de uma organização.

Desse modo, permitem a correção dos possíveis desvios de caminhos ou rumos de uma organização. Os indicadores são imprescindíveis para um sistema de qualidade, sua implantação traz benefícios como: redução de custos operacionais; padronização e garantia de maior eficiência de processos; organização da instituição; controle de metas e transparência nos resultados, entre outros.

Sugere-se a seguir a lista dos principais indicadores que deveriam compor o CDC.

6.1. Indicadores de Qualidade do Arquivo

Eficiência: medir o índice de falha do Serviço. Para aferir tal resultado, pode ser realizado pesquisa tanto com os usuários internos, quanto externos.

Eficácia (Satisfação): analisa a produtividade dos serviços da equipe no setor.

Segurança (Qualidade): verificação de medidas de segurança, exigências de certificações e normas nacionais e internacionais.

Muitas vezes se diz que, quando o serviço de arquivo propiciou ao resto dos profissionais da área de saúde a documentação necessária para o adequado atendimento aos pacientes, cumpre com seus objetivos. Mas, num sentido qualitativo mais rigoroso, não apenas devem contemplar adequadamente, mas também é necessário gerir de forma adequada, o que faz com que seja necessário realizar autoavaliações e acompanhamento para corrigir e detectar possíveis deficiências e melhorar tanto quanto for possível, o que irá permitir uma correta distribuição dos recursos destinados.

Deverão ser realizadas amostragens periódicas para assegurar que esse índice só contém um registro por paciente e que por sua vez faz referência somente a um prontuário clínico. Este prontuário tem de ser único, sem divisões por razão de sexo, idade, entre outros. Cada prontuário só conterá aqueles dados que permitam a correta identificação do paciente e a localização do prontuário clínico. Esse índice deve estar permanentemente atualizado e em disposição para utilização 24 horas por dia.

É preciso contabilizar o número de prontuários que são fornecidos diariamente pelos diferentes conceitos: hospitalização, consultas externas, relatórios, estudos, e que se encontram a disposição do médico na hora de efetuar a petição.

Além disso, registrar o atendimento a solicitações de cópias de prontuário (quantidade e finalidade); e Duplicidade x Unificação de prontuários.

Terá que registrar também o número de prontuários que faltam e as razões pelas quais não foram disponibilizados.

Elaborar com periodicidade, relatórios sobre o andamento do serviço, detalhando a atividade realizada e especificando as deficiências observadas (número de prontuários duplicados, extraviados, mal arquivados, não devolvidos ao arquivo, não reclamados, e assim por diante) e motivos que os expliquem.

Todo arquivo hospitalar deve elaborar índices, com periodicidade variável, mas nunca superior a um ano, que dêem uma ideia dos resultados de sua atividade.

Os mais usuais são:

$$\text{Índice de eficácia} = \frac{\text{Número de documentos encontrados}}{\text{Número de documentos buscados}}$$

$$\text{Índice de segurança} = \frac{\text{Número de documentos retornam}}{\text{Número de documentos que saem}}$$

Ambos os índices devem situar-se o mais próximo possível à unidade e nunca devem baixar de 0,95.

$$\text{Índice de rentabilidade} = \frac{\text{Número de documentos buscados no ano}}{\text{Número de documentos arquivados}}$$

O índice de rentabilidade funcional tem em conta somente o depósito ativo e admite cifras de até 3 ou 4.

Nos hospitais com muita atividade programada e onde os prontuários permanecem fora do arquivo central durante mais tempo, que é estritamente necessário para realizar a atividade assistencial, é preciso fazer um censo, com periodicidade frequente.

Isso ajuda a manter um controle ativo e atua como método de avaliação do sistema de localização, permitindo que as falhas sejam descobertas antes e possam ser reparadas com maior agilidade.

7. DIRETRIZES PARA O PROCESSO DE DIGITALIZAÇÃO E DESCARTE

Ao discutir o processo de digitalização e descarte dos prontuários, devem ser observadas as recomendações das seguintes legislações:

- Resolução n.º 1.821, de 23 de novembro de 2007 do Conselho Federal de Medicina (CFM). 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.
- Resolução n.º 1.821, de 23 de novembro de 2007 também estabelece a obrigatoriedade da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos (CPAD) em todas as unidades que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos de prontuários de pacientes, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileira, ressaltando que estas funções da referida Comissão podem ser exercidas pela Comissão de Revisão de Prontuários.
- Resolução n.º 31 do CONARQ, de 28 de abril de 2010, que dispõe sobre as “Recomendações para Digitalização de Documentos Arquivísticos Permanentes”.
- Lei n.º 12.682, de 9 de julho de 2012. Em especial o art. 2-A, ao estabelecer que “[...] após a digitalização, constatada a integridade do documento digital nos termos estabelecidos no regulamento, o original poderá ser destruído, ressalvados os documentos de valor histórico, cuja preservação observará o disposto na legislação específica”.
- Lei n.º 13.787, de 27 de dezembro de 2018, que dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. No art. 3º, os documentos originais poderão ser destruídos após a sua digitalização, observados os requisitos constantes do art. 2º desta lei, e após análise obrigatória de comissão permanente de revisão de prontuários e avaliação de documentos, especificamente criada para essa finalidade.
- Decreto n.º 10.278, de 18 de março de 2020, que regulamenta o disposto no inciso X do caput do art. 3º da Lei n.º 13.874, de 20 de setembro de 2019, e no art. 2-A da Lei n.º 12.682, de 9 de julho de 2012, para estabelecer a técnica e os requisitos para a digitalização de documentos públicos ou privados, a fim de que os documentos digitalizados produzam os mesmos efeitos legais dos documentos originais.

Apresenta-se a seguir uma série de passos que consideramos relevantes para este processo de transformação digital:

1. Composição de comissões;
2. Capacitações dos profissionais envolvidos;
3. Diagnósticos situacionais precisos de cada instituição;

4. Programa basilar com ações de curto, médio e longo prazo por instituição;
5. Estruturação adequada do Centro de Documentação Clínica;
6. Elaboração de projetos específicos a partir da análise do item 3 e para execução do programa basilar (item 4);
7. Elaboração e implantação de políticas de gestão, acesso, segurança e preservação de documentos;
8. Elaboração e aplicação do PCTTD;
9. Aquisição de softwares de gestão e preservação digital;
10. Controle da gestão de documentos digitais e preservação digital.

7.1. Processo para a Digitalização na Instituição

Caso exista, a instituição deve descrever o processo de digitalização de documentos que vem sendo realizado, se digitalização centralizada (quando feita sob a forma de bureau), ou descentralizada (quando feita em cada setor), se terceirizada ou com os próprios colaboradores.

Apontar as etapas e fluxos do processo de digitalização, a metodologia usada, os acervos e critérios definidos para os serviços e o cronograma de execução.

7.2. Privacidade de Dados

Os procedimentos para garantia da privacidade devem seguir conformidade com a legislação em vigo, particularmente com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), Lei n.º 13.709/2018 e com as normas específicas dos conselhos profissionais da área de saúde.

A instituição deve realizar o máximo de procedimentos possíveis para ampliar a segurança da informação dos dados e informações, especialmente do prontuário do paciente, por tratar-se de documento sigiloso, com dados sensíveis.

7.3. Arquivos Digitais

Caso exista o arquivamento digital na instituição, esta deve descrever de que forma realiza. Onde estão armazenados, a quantidade atual de arquivos, se são documentos nato digitais, digitalizados, em 36 Gigabytes ou outros. Os formatos de armazenamento, as ações de preservação digital, backup de segurança, entre outras ações.

A gestão e preservação de documentos digitais é algo fundamental para a garantia da validade jurídica desses. As instituições precisam criar suas políticas de segurança e preservação digital.

Deve haver um repositório digital confiável, não podem estar em drive público. Deve ser contratado um Gerenciador Eletrônico de Documentos (GED).

Aspectos que devem ser considerados tendo em vista o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), sistemas de e-Saúde ou Telemedicina:

- Qualidade na elaboração dos documentos do Prontuário do Paciente;

- Arquivo e Conservação de documentos;
- Eliminação da informação duplicada ou submetida a Expurgo;
- Regulação de acessos à informação neles contida tanto dos próprios pacientes ou familiares, como dos profissionais;
- Regulação da cessão a terceiros da informação clínica ou dados pessoais;
- Segurança e Auditorias (registros de acessos ou logs).

7.4. Descarte

Outra estratégia que algumas instituições estão adotando é o descarte de prontuários do paciente com mais de 20 anos do último atendimento, de acordo com a Lei n.º 13.787/2018 (art. 6º), a partir de avaliação documental e classificação de destinação final feita pela CPAD, seguindo os critérios para eliminação, mesmo sem a tabela de temporalidade aprovada.

Esta estratégia exige uma análise de riscos pelas instituições, visto a expressa necessidade de tabela de temporalidade está apresentada nas normativas. Neste sentido, recomenda-se uma análise jurídica e de gestão, buscando-se encontrar um caminho seguro para tal procedimento, para não incorrer em descumprimento de legislação, com as sanções administrativas e penais previstas na legislação.

Ratifica-se que mesmo com todas as estratégias apresentadas anteriormente, é no programa de gestão documental, particularmente, nos processos de avaliação documental para eliminação de documentos e substituição do suporte de registro da informação, que está a principal solução atual para a otimização da guarda do legado. Este processo implica na evolução de um conjunto de ações, que não são de curto prazo.

Na disponibilização de recursos para projetos de produção de nato digitais, digitalização e preservação digital, implicando em questões de recursos de tecnologia da informação, para armazenamento digital, logística de rede para acesso, de infraestrutura de hardware e software, tendo como premissa a segurança da informação e proteção de dados.

Quanto a adoção de medidas para racionalização, pode-se dizer que um amplo Programa de Gestão Documental é uma das principais soluções conhecidas no âmbito da Arquivologia. No Programa de Gestão Documental é proposto um conjunto de medidas que possibilitam a racionalização de espaços, tendo como premissa a garantia da segurança, proteção e controle das informações, e como ponto focal a sugestão para adoção do programa.

O trâmite para que documentos sejam eliminados, de forma bem resumida, deve ser a seguinte ordem:

- 1º. Realizar avaliação documental;
- 2º. Listar documentos a serem eliminados;
- 3º. Aprovação da lista pela CPAD;
- 4º. Aprovação da lista pelo Arquivo Nacional;
- 5º. Publicar “Edital de Ciência de Eliminação de Documentos” em periódico oficial;
- 6º. Encaminhar cópia da página da publicação para o Arquivo Nacional;
- 7º. Eliminar com supervisão do responsável designado (o método de eliminação deve-

- se inviabilizar recuperação, proteger sigilo... Ex.: fragmentação);
- 8º. Elaborar “Termo de Eliminação de Documentos”;
 - 9º. Publicar Termo de Eliminação no Boletim do HUF.

Para iniciar os trâmites de eliminação de documentos digitais e não digitais, atualmente, se faz necessária aprovação do Arquivo Nacional - AN, e para se conseguir esta aprovação é necessário submeter previamente à avaliação do AN, a Tabela de Temporalidade e Documentos – TTD e o Código de Classificação. [...]



REFERÊNCIAS

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Diretrizes do Modelo de Regulação Assistencial da Rede Ebserh**, Brasília, 2016. Disponível em: < <http://intranet.ebserh.gov.br/apresentacao2>> Acesso em 20 maio de 2021.

Soledade, Pablo. Projeto OEI/BRA/16/001. Consultoria especializada para desenvolvimento de estudos que tragam melhorias nos processos de organização, guarda e manutenção dos prontuários dos pacientes na Rede Ebserh. Produto 1: **Documento técnico contendo análise de vazios em relação a boas práticas em Gestão da Documentação Clínica nos hospitais da Ebserh**. Brasília, 2021.

Soledade, Pablo. Projeto OEI/BRA/16/001. Consultoria especializada para desenvolvimento de estudos que tragam melhorias nos processos de organização, guarda e manutenção dos prontuários dos pacientes na Rede Ebserh. Produto 2: **Documento técnico contendo proposta de manual com diretrizes para a Gestão da Documentação Clínica, com ênfase nos prontuários do paciente**. Brasília, 2021.

_____. Projeto OEI/BRA/16/001. Consultoria especializada para desenvolvimento de estudos que tragam melhorias nos processos de organização, guarda e manutenção dos prontuários dos pacientes na Rede Ebserh. Produto 3: **Elaborar proposta de plano de ação para a implantação das Diretrizes em 4 quatro hospitais da rede**. Brasília, 2021.

ANEXO 1 – LEGISLAÇÃO ATUALMENTE EM VIGOR QUE VERSE SOBRE A DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA

- Constituição Federal de 1988, que no § 2º do art. 216, diz que “[...] cabem à administração pública, na forma da lei, a gestão da documentação governamental e as providências para franquear sua consulta a quantos dela necessitem”;
- Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940, que no art. 314, estabelece pena de reclusão para o ato de “Extraviar livro oficial ou qualquer documento, de que tem a guarda em razão do cargo; sonegá-lo ou inutilizá-lo, total ou parcialmente [...]”;
- Lei n.º 8.159, de 8 de janeiro de 1991, dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências. Art. ... 5º - A Administração Pública franqueará a consulta aos documentos públicos na forma desta Lei;
- Lei n.º 9.605, de 12 de fevereiro de 1998, que no art. 62, determina que é crime destruir, inutilizar ou deteriorar documentos de arquivo, sem a devida autorização;
- Medida Provisória n.º 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil;
- Decreto n.º 4.073, de 3 de janeiro de 2002. Em especial o inciso IV do art. 13, ao estabelecer que compete aos integrantes do SINAR “garantir a guarda e o acesso aos documentos de valor permanente”;
- Resolução n.º 20 do Conselho Nacional de Arquivos - CONARQ, de 16 de julho de 2004. Em especial o art. 3º, ao estabelecer que deverá ser prevista a implantação de um sistema de gestão arquivística de documentos que visa a garantir a integridade e a acessibilidade de longo prazo dos documentos arquivísticos e o art. 5º, ao estabelecer que a avaliação e a destinação dos documentos arquivísticos digitais devem obedecer aos procedimentos e critérios previstos na Lei nº 8.159, de 1991, e nas resoluções do CONARQ;
- Resolução n.º 1.638, de 09 de agosto de 2002, do Conselho Federal de Medicina (CFM). Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde;
- Resolução n.º 1.657/2002, de 20 de dezembro de 2002, do Conselho Federal de Medicina (CFM). Estabelece normas de organização, funcionamento, eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências;
- Resolução n.º 1.821, de 23 de novembro de 2007, do Conselho Federal de Medicina (CFM). 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;
- Resolução n.º 25 do CONARQ, de 27 de abril de 2007, que dispõe sobre a adoção do Modelo de Requisitos para Sistemas Informatizados de Gestão Arquivística de

Documentos - e-ARQ Brasil pelos órgãos e entidades integrantes do Sistema Nacional de Arquivos – SINAR;

- Decreto n.º 6.514, de 22 de julho de 2008, que nos incisos I e II do art. 72, dispõe sobre destruir, inutilizar ou deteriorar bem especialmente protegido por lei, ato administrativo ou decisão judicial, ou arquivo, registro, museu, biblioteca, pinacoteca, instalação científica ou similar protegido por lei, ato administrativo ou decisão judicial;
- Resolução n.º 31 do CONARQ, de 28 de abril de 2010, que dispõe sobre as “Recomendações para Digitalização de Documentos Arquivísticos Permanentes”;
- Lei n.º 12.682, de 9 de julho de 2012. Em especial o art. 2-A, ao estabelecer que “[...] após a digitalização, constatada a integridade do documento digital nos termos estabelecidos no regulamento, o original poderá ser destruído, ressalvados os documentos de valor histórico, cuja preservação observará o disposto na legislação específica [...]”;
- Resolução n.º 37 do CONARQ, de 19 de dezembro de 2012, que aprova as Diretrizes para a Presunção de Autenticidade de Documentos Arquivísticos Digitais;
- Resolução n.º 39 do CONARQ, de 29 de abril de 2014 (alterada), que estabelece diretrizes para a implementação de repositórios arquivísticos digitais. (Redação dada pela Resolução nº 43 do CONARQ, de 04 de setembro de 2015);
- Resolução n.º 40 do CONARQ, de 9 de dezembro de 2014 (alterada). Em especial o art. 1º, ao estabelecer que: “A eliminação de documentos digitais e não digitais no âmbito dos órgãos e entidades integrantes do SINAR ocorrerá depois de concluído o processo de avaliação e seleção conduzido pelas respectivas Comissões Permanentes de Avaliação de Documentos - CPAD e será efetivada quando cumpridos os procedimentos estabelecidos nesta Resolução [...]”, e o art. 2º-A, ao estabelecer que “O registro dos documentos a serem eliminados deverá ser efetuado por meio da elaboração de Listagem de Eliminação de Documentos [Anexo 1] pela Comissão Permanente de Avaliação de Documentos – CPAD a ser submetida para autorização do titular dos órgãos e entidades da administração pública”. (Redação dada pela Resolução n.º 44 do CONARQ, de 14 de fevereiro de 2020);
- Lei n.º 13.105, de 16 de março de 2015. Em especial o art. 425, ao estabelecer que as reproduções digitalizadas de qualquer documento público ou particular fazem a mesma prova que os originais [...] ressalvada a alegação motivada e fundamentada de adulteração, além de reiterar que os originais dos documentos digitalizados devem ser preservados pelo seu detentor até o final do prazo para propositura de ação rescisória, e os art. 430 e art. 432, ao estabelecerem que se arguida a falsidade de provas digitais, pode ser requisitado exame pericial;
- Lei n.º 13.787, de 27 de dezembro de 2018, que dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente;

- Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade;
- Lei n.º 13.874, de 20 de setembro de 2019. Em especial inciso X do art. 3, ao considerar que “[...] arquivar qualquer documento por meio de microfilme ou por meio digital, conforme técnica e requisitos estabelecidos em regulamento, hipótese em que se equipará a documento físico para todos os efeitos legais e para a comprovação de qualquer ato de direito público [...]”;
- Decreto n.º 10.148, de 2 de dezembro de 2019. Em especial o art. 10, ao considerar que “[...] a autorização para a eliminação de documentos de que trata o art. 9º da Lei n.º 8.159, de 8 de janeiro de 1991, ocorrerá por meio da aprovação das tabelas de temporalidade e destinação de documentos do órgão ou da entidade pelo Arquivo Nacional, condicionada ao cumprimento do disposto nos incisos I, II e V do caput do art. 9º [...]”;
- Decreto n.º 10.278, de 18 de março de 2020 que regulamenta o disposto no inciso X do caput do art. 3º da Lei n.º 13.874, de 20 de setembro de 2019, e no art. 2º-A da Lei n.º 12.682, de 9 de julho de 2012, para estabelecer a técnica e os requisitos para a digitalização de documentos públicos ou privados, a fim de que os documentos digitalizados produzam os mesmos efeitos legais dos documentos originais;
- Lei n.º 14.063 de 23 de setembro de 2020, que dispõe sobre o uso de assinaturas eletrônicas em interações com entes públicos, em atos de pessoas jurídicas e em questões de saúde e sobre as licenças de softwares desenvolvidos por entes públicos; e altera a Lei n.º 9.096, de 19 de setembro de 1995, a Lei n.º 5.991, de 17 de dezembro de 1973, e a Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001;
- Decreto n.º 10543 de 13/11/2020 que dispõe sobre o uso de assinaturas eletrônicas na administração pública federal. Regulamenta, também, o art. 5º da Lei n.º 14.063 de 2020, quanto ao nível mínimo exigido para a assinatura eletrônica em interações com o ente público.

ANEXO 2 – PRINCIPAIS: PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

O POP tem como objetivo manter os processos em funcionamento por meio da padronização e minimização de desvios na execução das atividades, ou seja, busca assegurar que as ações tomadas para a garantia da qualidade sejam padronizadas e executadas conforme o planejado. Apresentam-se como técnicas confiáveis, de ações sistematizadas e rotinas padronizadas para alcance dos resultados esperados.

Além dessas finalidades, os POP's, os quais devem ser seguidos por todos os profissionais executores das atividades, são ferramentas que auxiliam o esclarecimento de dúvidas, orientam os profissionais durante a execução das ações e devem estar de acordo com as diretrizes e normas da instituição. A atualização deve ser contínua, de acordo com mudanças e os ajustes práticos realizados nas operações e rotinas.

São, portanto, fundamentais em cada rotina onde exista a necessidade de um procedimento padrão, para os colaboradores e para que todos aqueles que possuam contato direto com os processos tenham pleno conhecimento sobre o conteúdo do documento.

Sugere-se a seguir a lista dos principais POP's que deveriam compor o CDC.

Lista de POP'S

- Tratamento e confecção de prontuário único;
- Fluxo administrativo do arquivo;
- Digitalização de documentos;
- Transição do prontuário físico para virtual;
- Organização de prontuário;
- Coleta de dados;
- Prontuário no hospital;
- Localização, arquivamento, desarquivamento e tramitação de prontuários;
- Processo de avaliação documental;
- Cópia de prontuário;
- Consulta e pesquisa de prontuário;
- Unificação de prontuário;
- Entrega de prontuário ao ambulatório;
- Funcionamento da Comissão;
- Entrega de documentos às comissões;
- Pesquisa de residentes;
- Pesquisa de profissionais;
- Pesquisa de comissões de saúde.

