

XIII Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação - XIII ENANCIB 2012

GT 11 Informação e Saúde

**A DIGITALIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE NA PERSPECTIVA
DOS PRINCÍPIOS ARQUIVÍSTICOS
Comunicação Oral**

Rosane Suely Alvares Lunardelli – UEL

Leticia Gorri Molina - UEL

lunardelli@uel.br

Resumo

O prontuário do paciente caracteriza-se como valioso conjunto de dados e informações no atendimento à saúde, à pesquisa científica e histórica. A outra característica do prontuário é seu valor probatório uma vez que tem sido a principal fonte de registro e prova acerca dos atos e procedimentos realizados pelos profissionais que atenderam o paciente. Dada a expressiva massa documental que compõe esses dossiês, as instituições voltadas à saúde da população demandam, cada vez mais, de espaço físico para a guarda dos prontuários. Outro obstáculo encontrado diz respeito ao acesso e recuperação dos prontuários, uma vez que na maioria das instituições, inexistente uma política de indexação ou de representação dos assuntos e de outros itens de relevância. De acordo com esse contexto, o Hospital do Câncer de Londrina solicitou auxílio a um projeto integrado na elaboração de proposta de armazenamento e descarte dos prontuários em papel sob sua custódia. Após o diagnóstico da situação do Setor de Prontuários, os participantes do projeto verificaram que uma forma de resolver o problema da ocupação do espaço físico pelos prontuários, aliada a aspectos relacionados à sua efetiva e eficaz recuperação seria a digitalização. Com o intuito de garantir a legalidade desse processo, buscou-se, no Conselho Federal de Medicina, quais seriam os procedimentos indicados para a digitalização. Concomitantemente investigou-se qual seria a relação existente entre essas prescrições e os princípios arquivísticos, uma vez que o prontuário do paciente é composto por documentos arquivísticos, independentemente do suporte no qual está registrado. O resultado dessa análise evidencia que a normatização do processo de digitalização e os pressupostos arquivísticos não são excludentes, porém ainda há muito que se refletir a esse respeito.

Palavras-chave: Prontuário do paciente. Digitalização. Princípios Arquivísticos.

Scanning of the Patient's Medical Record from the perspective of the Archival Principles

Abstract

The patient's medical record is characterized as a valuable set of data and information in health care, scientific and historical research. The other feature of the record is its probative value since it has been the main source of record and evidence about the acts and procedures performed by professionals who treated the patient. Given the impressive mass of documents that make up these files, the institutions related to the public health of the population, demand, increasingly, physical space for the custody of the records. Another obstacle encountered is related to access and retrieval of records, since in most institutions, there is no indexing policy or representation of issues and other items of relevance. Under this context, the *Hospital do Cancer de Londrina* requested the aid of an integrated project in the elaboration of a proposal for storage and disposal of paper records in their custody. After the diagnosis of the situation of the Division of Medical Records, the project participants found that one way to solve the problem of the occupation of the physical space by the records, combined with aspects related to its effective and efficient recovery, would be the scanning. In order to ensure the legality of this process, we sought in the Federal Medical Council, which would be the suitable scanning procedures. Concurrently we investigated what would be the existing relation between these prescriptions and archival principles, since the patient's medical record consists of archival documents, regardless of the medium in which it is registered. The result of this analysis shows that the standardization of the scanning process and the archival assumptions are not mutually exclusive, but there is much to reflect on this.

Keywords: Patient's medical record. Scanning. Archival principles.

1 Introdução

As unidades de saúde constituem-se em grandes repositórios informacionais, visto que cada paciente atendido gera uma série de documentos produzidos em função das anotações a respeito de suas queixas, dos diagnósticos apresentados, das condutas empregadas no decorrer do seu atendimento. Esses documentos são criados por diversos setores de um hospital como, por exemplo, a enfermagem, patologia, nutrição, setor de triagem, registro, faturamento, farmácia, setor administrativo, tesouraria, e outros.

Neste contexto, a reunião de todas as informações do paciente, ou seja, a reunião de todos os documentos advindos dos serviços a ele prestados forma o prontuário do paciente.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), segundo a Resolução n.º1639/2002 define o prontuário como:

Documento único, constituído por informações, sinais e imagens registradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e assistência a ele prestada, com caráter legal, sigiloso e científico, utilizado para possibilitar tanto a comunicação entre os membros de uma equipe multiprofissional como a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

O prontuário do paciente além de subsidiar a *práxis* dos profissionais na área da saúde, torna-se valioso conjunto de dados e informações para a pesquisa científica e histórica. A outra característica do prontuário é seu valor probatório uma vez que tem sido a principal fonte de registro e prova acerca dos atos e procedimentos realizados pelos profissionais que atenderam o paciente.

Dada a expressiva massa documental que compõe os prontuários, as instituições voltadas à saúde da população demandam, cada vez mais, espaço físico para a guarda dos prontuários. Tal situação torna-se um problema já que esse espaço poderia ser utilizado no trato dos pacientes bem como em outras atividades de rotina. Outro obstáculo encontrado diz respeito ao acesso e recuperação dos prontuários, uma vez que na maioria das instituições, inexistente uma política de indexação ou de representação dos assuntos e de outros itens de relevância.

Na atualidade, muitas dessas instituições já vêm adotando a informatização em relação aos seus arquivos de prontuários de pacientes, criando-os em formato eletrônico. Porém, o que fazer em relação aos (muitos) prontuários que estão na forma impressa, ou em papel?

Neste cenário encontra-se o Hospital do Câncer de Londrina (HCL), especializado no tratamento de pessoas portadoras de Neoplasias Malignas. Oferece tratamentos de Quimioterapia, Hematoterapia, Radioterapia. Possui Unidade de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Pediatria, leitos de internação, atendendo pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e planos de saúde particulares.

Buscando tornar-se um Centro de Referência em Oncologia e sabendo-se que já possui o título de Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, o HCL dá seus primeiros passos para a implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

Considerado como documento multimídia e multifuncional, o PEP, de um modo simplificado, “pode se entendido como sendo a estrutura eletrônica para manutenção de informação sobre o estado de saúde e o cuidado recebido por um indivíduo durante todo

seu tempo de vida” (MARIN, 2010, p.29).

Ao iniciar o referido processo, o Hospital solicitou à coordenação do projeto integrado, (pesquisa e extensão) denominado “*Organização da Informação e do Conhecimento Registrado: uma proposta multidisciplinar*”, auxílio na elaboração de proposta de armazenamento e descarte dos prontuários em papel sob sua custódia. Desenvolvido por docentes, alunos e egressos dos cursos de Arquivologia e Biblioteconomia do Departamento de Ciência da Informação da Universidade Estadual de Londrina, o projeto integrado tinha como finalidade propor métodos e ações para a organização, representação e disponibilização dos Prontuários dos Pacientes em instituições de saúde.

Após análise da situação do Setor de Prontuários do HCL e entrevistas informais com funcionários de diversos setores do Hospital, os participantes do projeto verificaram que uma forma de resolver o problema da ocupação do espaço físico pelos prontuários, aliada a aspectos relacionados à sua efetiva e eficaz recuperação seria a digitalização.

De acordo com essa linha de raciocínio, foi apresentado à equipe administrativa do Hospital um relatório no qual indicou a digitalização dos prontuários como forma de armazenamento com melhores possibilidades de acesso, preservação e recuperação para a Instituição. Em decorrência, propôs-se que todos os prontuários sob a custódia da Instituição deveriam ser digitalizados independentemente de serem eles utilizados (atualizados) ou não, atualmente.

Entre outras questões abordadas no relatório, sugeriu-se que os documentos fossem gerados no formato PDF (Portable Document Format) por se tratar de um padrão aberto muito utilizado na Internet devido a sua versatilidade e facilidade de uso.

No que diz respeito ao armazenamento dos documentos já digitalizados, optou-se (em conjunto com o setor de informática), por estabelecer que eles fossem inseridos e disponibilizados por meio do servidor do Hospital. Dada a relevância desses prontuários para a realização de futuros atendimentos aos pacientes já consultados em outra ocasião, optou-se por criar um ícone no prontuário eletrônico do software TASY¹ que está sendo aos poucos implantado, indicando que existe um prontuário anterior digitalizado o qual poderá ser acessado.

¹O TASY, caracterizado como um software de gestão hospitalar é desenvolvido utilizando a ferramenta Delphi, em arquitetura cliente-servidor. O banco de dados utilizado é o Oracle e a interface gráfica do sistema é padrão Windows.

Considerando a falta de espaço físico existente no Hospital, entendeu-se que os prontuários em papel gerados nos últimos vinte e cinco anos que já haviam sido digitalizados deveriam ser armazenados em outro local, desde que observados critérios de segurança e organização. Aqueles digitalizados, porém sem nenhuma alteração/atualização realizada há mais de vinte cinco anos deveriam ser descartados.

Tal proposta é justificada uma vez que a Instituição ainda não possui as certificações que respaldam o descarte dos prontuários em sua totalidade.

Com o intuito de garantir a legalidade do processo, buscou-se, em órgãos como o Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ), Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) leis e procedimentos indicados para a digitalização. Concomitantemente investigou-se qual seria a relação existente entre essas prescrições e os princípios que sustentam a Arquivologia, uma vez que o prontuário do paciente é composto por documentos arquivísticos, independentemente do suporte no qual está registrado.

2 Digitalização do Prontuário do Paciente e a Legislação Brasileira

Na perspectiva de AMARAL (2004, p.2), “digitalização é uma das medidas utilizadas em arquivos e bibliotecas [entre outros ambientes informacionais] para proceder a reformatação² de seus acervos”. Dando continuidade a sua explanação a autora menciona que, por intermédio desse processo, torna-se possível a codificação digital de documentos capturados por um *scanner* ou máquina fotográfica digital e sua disponibilização em forma de imagem ou som em um sistema informatizado, visando seu armazenamento, acesso ou recuperação. No que diz respeito à sua preservação, “diferente da microfilmagem, a digitalização não tem a finalidade de preservação do original, mas cumpre o papel de preservação na medida em que evita excessiva manipulação dos originais”.

Segundo Lopes e Montes (2004, p.45), digitalizar corresponde a “tecnologia que toma uma fotografia eletrônica de um documento em papel e a armazena digitalmente num sistema computacional”. Ou seja, é modificar sua forma em papel para a forma digital, que deverão, de acordo com os autores, na mesma obra e página, ser “indexados,

² AMARAL, na mesma obra e página, caracteriza o processo de reformatação como sendo “a adoção de medidas que visam transpor os dados informacionais de um determinado suporte para outro”.

comprimidos e armazenados tanto em dispositivos de armazenamento óptico como em dispositivos de armazenamento”.

De acordo com EMBRAPA (2006, p.18) a digitalização de documentos contribui para “melhorar o acesso; ajudar na preservação dos materiais originais reduzindo seu manuseio; facilitar atividades de pesquisa; atender as necessidades do público; complementar outras iniciativas de digitalização, de dentro e fora da instituição”.

O processo de digitalização compreende uma série de ações que devem ser realizadas antes e após a digitalização. Para Martins, Reiney e Pires (2001, p.8), a preparação do documento; digitalização; inspeção; indexação; compactação da imagem; gravação da mídia e a certificação da qualidade (Controle de Qualidade) são etapas que contribuem para a qualidade do processo.

Diante do afirmado, porém, optou-se por excluir a fase da compactação da imagem, pois quando a imagem é gerada do scanner, já acontece a compactação. Os autores elencaram a Certificação da Qualidade, como última etapa, porém, acredita-se que ela deva vir logo após a inspeção da imagem, já que as alterações devem acontecer antes de finalizar o processo. Uma vez processado o lote de documentos digitalizados, não é permitida qualquer alteração na imagem. Baseados nos autores acima citados são apresentadas de forma mais detalhada as etapas que envolvem a digitalização de documentos:

1. **Preparação do documento** - compreende a remoção manual de materiais como grampos e cliques, conserto de páginas ou documentos danificados, a retirada de duplicatas, bem como o treinamento da equipe;
2. **Digitalização** - pré-classificação em lotes dos documentos a serem digitalizados, ajuste de configuração do *scanner* de acordo com o tamanho, extensão da imagem, formato do arquivo final, cor do documento, qualidade da imagem em pixels por polegadas, como por exemplo: 100, 200, 300 ou 400 pixels por polegadas;
3. **Inspecionando Imagens** – inspeção das imagens após a digitalização. Se estiverem ilegíveis, devem então ser re-digitalizadas e, caso aprovadas, gravadas em disco;
4. **Certificação da Qualidade** (Controle de Qualidade) - verificação posterior dos lotes convertidos, pela Auditoria, com o intuito de analisar se estão

sendo respeitados *hardware*, *software*, indexação e qualidade das imagens.

5. **Indexação e Capacidade de Acesso** – necessidade de um índice para a recuperação e visualização dos documentos. Essa indexação pode ser feita por assuntos, palavras-chave, tópicos ou pastas e realizada antes ou após a digitalização;

Vale lembrar que a informação contida nos documentos digitalizados só será recuperada com agilidade e rapidez se esta for gerenciada por um *software* capaz de realizar esta função. O *software* precisa, portanto, estar disponível em rede, proporcionando assim o acesso simultâneo a vários usuários de localidades diferentes.

No que diz respeito a legalidade do procedimento, o Conselho Federal de Medicina, na Resolução CFM nº 1.821/07, “[...] aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes [...]”. No corpo da resolução evidencia-se que, independentemente do meio de armazenamento, o prontuário é propriedade física da instituição onde o paciente é assistido e cabe a ela o dever da guarda do documento; o prontuário pertence ao paciente e deve estar acessível de maneira que, quando ele ou seu representante legal solicite, seja possível fornecer cópias autênticas das informações contidas nesse dossiê.

A resolução também estabelece a guarda permanente para os prontuários dos pacientes arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmados ou digitalizados. Em contrapartida, para os prontuários dos pacientes em suporte de papel que não foram arquivados desta maneira, fica estabelecido o prazo mínimo de vinte anos, a partir do último registro. Observa-se, aqui, uma diferenciação entre a temporalidade do prontuário em seus dois suportes.

A resolução do CFM, ao aprovar o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, versão 3.0 e/ou outra versão apresentada pelo Conselho Federal de Medicina, autoriza a digitalização dos prontuários. Para isso, é necessário que o modo de armazenamento dos documentos obedeça à norma específica de digitalização contida na própria lei, sendo imprescindível ainda a análise e autorização da Comissão de Revisão de Prontuários da instituição geradora do arquivo.

Segundo o documento, “os métodos de digitalização devem reproduzir todas as informações dos documentos originais”. Além disso, “os arquivos digitais oriundos da digitalização dos documentos do prontuário dos pacientes devem ser controlados por

sistema especializado (Gerenciamento Eletrônico de Documentos – GED)”³. Esse sistema “além de capacidade de utilizar base de dados adequada para o armazenamento dos arquivos digitalizados” deve possuir “um método de indexação que permita criar um arquivamento organizado”.

Ainda de acordo com a Resolução mencionada, “o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informação identificada em saúde, eliminando a obrigatoriedade do registro em papel” só será possível se esses sistemas atenderem integralmente aos requisitos do Nível de Garantia de Segurança 2 (NGS2).

Nessa perspectiva, o Conselho Federal de Medicina (CFM), juntamente com a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), estruturaram o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, lançado em novembro de 2007, atualizado em 2011, e disponibilizado no endereço: http://www.sbis.org.br/certificacao/Manual_Certificacao_SBIS_CFM_2011_v4_Consulta_Publica.pdf.

Esse manual contempla requisitos voltados à implantação dos sistemas informáticos a serem estruturados e empregados pela área da saúde, em relação a implantação e uso do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), assim como os requisitos para certificação, denominados no manual de Sistema de Registro Eletrônico em Saúde (S-RES). Porém, para que esse sistema receba a certificação, tanto do CFM, quando do SBIS, ele deve apresentar certos requisitos estabelecidos por esses órgãos.

O Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (2011, p.49, grifo nosso) estabelece 2 níveis de garantia de segurança (NGS), o NGS1 e o NGS2, a serem descritos a seguir:

NGS1 - categoria aplicável a S-RES que **não** pretendem eliminar a impressão dos registros em papel. Assim, mantém a necessidade de impressão e aposição manuscrita da assinatura;

NGS2 - categoria constituída por S-RES que viabilizam a eliminação do papel nos processos de registros de saúde. Para isso, especifica a utilização de certificados digitais ICP-Brasil para os processos de assinatura e autenticação. **Para atingir o NGS2 é necessário que o S-RES atenda aos requisitos já descritos para o NGS1 e apresente**

³ GED é definido como “[...] o reagrupamento de um conjunto de técnicas e de métodos que tem por objetivo o arquivamento, o acesso, a consulta e a difusão dos documentos e das informações que ele contém [...] visa gerenciar o ciclo de vida das informações e dos conhecimentos desde sua criação até o seu arquivamento. (MACHADO, 2003, p.197-198)

ainda total conformidade com os requisitos especificados para o Nível de Garantia 2.

Dentro desse contexto, o NGS1 é considerado um nível mais simplificado para implantação de um S-RES, mais voltado à identificação e autenticação do usuário, autorização e controle de acesso, segurança de dados, sendo que não há autorização para eliminação dos prontuários impressos. Em contrapartida, o NGS2 contempla itens como certificação e assinaturas digitais, assim como a digitalização de documentos e controle por intermédio do uso de *softwares* de Gerenciamento Eletrônico de Documentos (GED), além de autorizar a eliminação do prontuário impresso.

O prontuário do paciente, considerado como repositório ou arquivo de dados e informações a respeito da saúde do paciente é, por consequência, composto por documentos arquivísticos, independentemente do suporte no qual está registrado. Vale lembrar que se considera como documento de arquivo, “todo registro de informação original, único e autêntico que resulta da acumulação em processo natural por uma entidade produtora no exercício de suas competências, funções e atividades, independentemente de seu suporte material [...]” (BERNARDES, 1998, p.34)

De acordo com Negreiros (2007, p.164)

Os documentos arquivísticos, numa concepção contemporânea, estão em qualquer suporte, inclusive os legíveis por máquina; possuem os elementos constitutivos: conteúdo, forma ou estrutura, ação, pessoas, relação orgânica e contexto; e mantêm suas características (autenticidade, naturalidade, inter-relacionamento e unicidade) intactas .

Em decorrência, ao entender que legislação arquivística normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, os prontuários na Área da Saúde, - suas características, as leis e normas que os sustentam -, são também considerados objetos de estudos da Arquivística.

De acordo com essa linha de raciocínio, Rousseau e Couture (1998) argumentam que a organização dos arquivos, sejam eles públicos ou privados, precisam estar em consonância com a teoria, com os princípios que fundamentam a *práxis* arquivística.

2 Princípios Arquivísticos

As bases teóricas da Arquivística fundamentam-se em preceitos canonizados pela Área. Dentre eles serão analisados o Princípio da Proveniência e a abordagem das Três Idades, uma vez que estão diretamente relacionados com o estudo em tela.

O Princípio da Proveniência, segundo o Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística (2005, p.136) é o

princípio básico da Arquivologia segundo o qual o arquivo produzido por uma entidade coletiva, pessoa ou família não deve ser misturado aos de outras entidades produtoras. Também chamado Princípio do Respeito aos Fundos.

Rousseau e Couture (1998, p.52) afirmam que o Princípio da Proveniência é atribuído a Natalis de Wailly, historiador francês, que foi responsável pelo conteúdo de uma circular com instruções aos arquivistas, promulgada em 1841 na qual ficou estabelecido que

[...] os documentos que provenham de um corpo, de um estabelecimento, de uma família ou de um indivíduo deverão ser agrupados e não misturados com aqueles que apenas dizem respeito a um estabelecimento, um corpo ou uma família.

Na perspectiva de Rodrigues (2006, p. 105), “a história da teoria dos arquivos começa em 1841”, com o aparecimento do *Respect des Fonds*, com a proposta de “contextualizar as informações no universo da sua criação.” A autora, na página seguinte, destaca ainda que

Mais tarde, os alemães definiram dois outros princípios que refletem o *Respect des Fonds*: o princípio de proveniência, que costuma ser tratado como sinônimo do princípio de respeito aos fundos, e o de manutenção da ordem original. Mais recentemente é definido como o princípio de integridade ou indivisibilidade (p.106).

Nesse sentido, Rousseau e Couture (1998, p.83) atribuem ao Princípio da Proveniência dois graus: o primeiro “que constitui um fundo de arquivo no que respeita ao modo como este se distingue de qualquer outro” e o segundo “que visa o respeito ou a reconstituição da ordem interna do fundo. Para os autores, na mesma obra (p.80), “o Princípio da Proveniência é a base teórica, a lei que rege todas as intervenções arquivísticas”, pois:

garante a integridade administrativa dos arquivos de uma unidade; garante o valor testemunhal dos documentos

pertencentes ao fundo de arquivo; permite a identificação da natureza dos documentos; garante a percepção das particularidades de funcionamento do organismo a que eles dizem respeito; permite ao arquivista a gestão de grandes conjuntos documentais; propicia a recuperação das informações; maximiza o processo de gestão e elimina qualquer possibilidade de dispersão dos documentos correntes, intermediários ou permanentes. (ROUSSEAU; COUTURE, 1998, p.84).

Somente respeitando este princípio na organização e no tratamento dos arquivos, independentemente de sua origem, idade, natureza ou suporte, de acordo com Rousseau e Couture, 1998, p.21, será possível garantir “a constituição e a plena existência da unidade de base em arquivística, a saber, o fundo de arquivo⁴”, que é o resultado do Princípio da Proveniência.

Quanto à abordagem da Teoria das Três Idades

[...] foi sistematizada pelos norte-americanos nos anos 70 do século XX, é um ponto de chegada natural dos estudos arquivísticos que desde o século XIX tentavam estabelecer uma ponte entre a documentação de gestão e a destinada a ser preservada para fins de pesquisa (BELLOTTO, 2002, p.25).

Sua aplicação aos conjuntos documentais é imprescindível, pois como afirmam Rousseau e Couture (1998, p.111)

o ciclo de vida dos documentos, tal como a noção de fundo ou o princípio da proveniência, faz parte das bases em que se assenta a arquivística contemporânea. Composto por três períodos, o ciclo de vida transcende o trabalho de qualquer arquivista, bem como os suportes de informação e de trabalho, e forma o pano de fundo no qual se apóiam as intervenções arquivísticas.

Para o Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística, (2005, p.160), o ciclo vital dos documentos, ou Teoria das Três Idades, compreende as “sucessivas fases por que passam os documentos de um arquivo, da sua produção à guarda permanente ou eliminação”.

De acordo com a literatura e especificamente o Arquivo Nacional (2004), as três fases ou idades pela quais passam dos documentos possibilitam a criação dos arquivos:

⁴ Fundo: conjunto de peças, independentemente da sua natureza, que qualquer corpo administrativo, pessoa física ou moral, reuniu orgânica e automaticamente, em virtude das suas funções ou atividades” (ROUSSEAU; COUTURE 1998, p.91)

“[...] Corrente: conjunto de documentos, em tramitação ou não, que, pelo seu valor primário, é objeto de consultas freqüentes pela entidade que o produziu, a quem compete a sua administração”. (p.21). O Arquivo Intermediário, o qual, de acordo com o texto, constitui-se em “conjunto de documentos originários de arquivos correntes, com uso pouco freqüente, que aguarda destinação.” (p.24). Por ultimo (mas não menos importante), o Arquivo Permanente considerado como “conjunto de documentos preservados em caráter definitivo em função de seu valor. [...]. Também chamado de arquivo histórico.” (p.26)

3 Princípios Arquivísticos e a Resolução CFM nº 1.821/07

O cotejo entre a resolução CFM nº 1821/07 e os princípios arquivísticos anteriormente mencionados, apontam para as questões seguintes: com relação ao Princípio da Proveniência, - o qual estabelece que cada documento seja mantido de acordo com sua produção ou recebimento - , há que se adequar tal premissa ao contexto que se instaura por intermédio da digitalização dos prontuários, uma vez que

as questões importantes, para que a proveniência seja aplicada, são reconhecer a importância das características de um documento arquivístico; transpô-las para a realidade dos documentos arquivísticos eletrônicos; e, só assim, reconstituir o fundo arquivístico. (NEGREIROS, 2004, p. 41)

No que diz respeito à reunião dos documentos, é relevante mencionar que, no contexto dos prontuários digitalizados, não importa a sua localização física. São considerados de suma importância aspectos relacionados à manutenção do contexto de produção, sua integridade lógica ou de conteúdo que são denominados metadados. Nessa perspectiva, é possível afirmar que o metadado garante a proveniência do documento

O metadado segundo Lopes (2004, p.71),

[...] é o registro fidedigno capaz de garantir a autenticidade de um documento eletrônico, o qual, nesse caso, confunde-se com sua informação. Não obstante, o metadado garante que o conteúdo informativo não seja desprovido dos dados contextuais da origem arquivística do ato administrativo que o produziu, além de garantir a permanência de seu valor probatório.

Diante do exposto, acompanha-se Negreiros (2007, p.165) quando analisa o papel do metadados na garantia da rastreabilidade documental e sua relação com o Princípio da Proveniência ao evidenciar “[...] a manutenção da proveniência, que a atribuição sistematizada de metadados no processo de captura e descrição de documentos arquivísticos e a classificação se encarregam, mesmo em ambiente eletrônico, de manter.”

Barman (apud NEGREIROS, 2007, p.50) entende que “se há garantia de que os documentos eletrônicos arquivísticos são os originais, que as classificações foram atribuídas [...] no momento de sua concepção e se a mesma refletir a proveniência funcional e estrutural do documento”, o Princípio em tela pode ser “[...] aplicado a esses documentos considerados não tradicionais.”

No que diz respeito a abordagem da Teoria das Três Idades, vale lembrar que ela especifica o ciclo vital dos documentos, ou seja, as fases pelas quais passam os documentos, desde sua gênese, até sua destinação final, *independentemente* do suporte no qual esses documentos foram criados.

A Resolução, entretanto, estabelece a guarda permanente para os prontuários dos pacientes arquivados eletronicamente, em meio óptico, microfilmado ou digitalizados (Art. 7º), e no artigo subsequente estipula a guarda, por no mínimo 20 anos a partir do último registro, dos prontuários dos pacientes em suporte de papel. Nesse sentido, cabe ressaltar que existem, em uma única tipologia documentária, temporalidades diferenciadas entre as mídias impressas e digitais, ou seja, enquanto a teoria arquivística prescreve a observância ao ciclo vital do documento independentemente de seu suporte, na Resolução, esse aspecto é desconsiderado. Outro fator a ser evidenciado nesse documento são as condições distintas de guarda entre os prontuários em meio tradicional e os eletrônicos.

Ainda que sejam evidentes as distinções entre as duas prescrições, observa-se que elas não se contrapõem: o que modifica são os momentos a serem realizados os procedimentos específicos de cada ciclo documentário, ou seja, no documento digitalizado, “[...] algumas preocupações, como com as atividades de avaliação e seleção e, conseqüente, aplicação da tabela de temporalidade, foram antecipadas para a fase inicial do ciclo vital dos documentos arquivísticos.” (NEGREIROS, 2007, p. 165)

Considerações Finais

A digitalização dos prontuários dos pacientes tem sido uma preocupação, tanto da Área da Saúde, quanto da Ciência da Informação. Nesse ambiente, duas questões, entre outras, demandam mais estudos e reflexões: a manutenção da integridade das informações contidas nos documentos impressos transpostos para o formato digitalizado, bem como a qualidade dos processos de armazenamento e recuperação dos documentos nesse suporte.

Após a solicitação do Hospital do Câncer de Londrina, foi realizado um estudo pelos integrantes de um projeto de pesquisa do Departamento de Ciência da Informação no qual foi apresentada uma proposta de digitalização dos prontuários existentes na Instituição.

Atualmente essa proposta encontra-se em discussão nas instâncias administrativas do Hospital e estão sendo envidados esforços para que se concretize.

Como resultado parcial do projeto realizado, é possível afirmar que os estudos realizados acerca do processo de digitalização evidencia que a migração de prontuários do paciente para o formato digital transcende ao ato físico de digitalizar. Significa alterações no *modus operandi* da instituição no que se refere ao tratamento, preservação, disseminação e acesso a informação. Fatores como obsolescência tecnológica e a durabilidade dos documentos digitalizados também demandam mais estudos. Entretanto, observou-se que tais questões estão ligadas às novas tecnologias e, portanto, necessitam do acompanhamento dos profissionais da computação.

Mudanças na cultura organizacional, na relação dos usuários com as “novas” mídias, também devem ser buscadas no intuito de reduzir o espaço físico sem perda do valor jurídico, clínico e histórico do prontuário.

Ainda que seja plenamente reconhecida a importância do uso das Tecnologias de Informação na gestão e na disseminação das informações geradas pela Área da Saúde, não se pode delegar ao segundo plano os princípios que regem a teoria arquivística. Na perspectiva de Cook (apud AMARAL, 2004, p.5), “devemos começar a acreditar que os tradicionais princípios e as teorias arquivísticas, devidamente contextualizadas para um mundo eletrônico, podem conter a chave da prosperidade no novo ambiente que deveremos agir”.

Ao estabelecer comparação entre a resolução CFM nº 1821/07 e os princípios arquivísticos anteriormente mencionados, observaram-se algumas diferenças entre eles. Em que pese essas discrepâncias, foi consensual entre os participantes do projeto que a normatização do processo de digitalização e os pressupostos arquivísticos não são excludentes. Seguindo essa premissa, defende-se a idéia de que a Arquivística e seus fundamentos direcionadores têm condições de orientar não somente os processos de digitalização como também o acesso aos prontuários digitalizados, porém ainda há muito que se refletir a esse respeito...

REFERÊNCIAS

AMARAL, C. M. G. Diretrizes para a digitalização no Arquivo público da Cidade de Belo Horizonte. In: ENCONTRO NACIONAL DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 5, 2004. *Anais ...* Disponível em:< <http://www.cinform.ufba.br/vanais/artigos/cleiamarciagomesamaral.html>>. Acesso em: 26.jun.2008.

ARQUIVO NACIONAL. **Subsídios para um dicionário brasileiro de terminologia arquivística**. 2004. Disponível em: http://www.arquivonacional.gov.br/download/dic_term_arq.pdf Acesso em: 12 de maio de 2012.

BERNARDES, I.P. **Como avaliar documentos de arquivo**. São Paulo: Arquivo do Estado, 1998. (Projeto como fazer ; v. 1)

BELLOTTO,H.L. **Arquivística objetos, princípios e rumos**. São Paulo Associação de Arquivistas de São Paulo, 2002.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.1821 de 11 de julho de 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 nov.2007. Seção I, p.252.

DICIONÁRIO BRASILEIRO DE TERMINOLOGIA ARQUIVÍSTICA. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2005. 232p. Publicações Técnicas, n.51

EMBRAPA. **Guia para digitalização de documentos versão 2.0**. Brasília, 2006. Disponível em: < <http://www.sct.embrapa.br/goi/manuais/GuiaDigitalizacao.pdf>> Acesso em: jun. de 2012.

LOPES, L. F. D.; MONTE, A. C. **A qualidade dos suportes no armazenamento de informações**. Florianópolis: Visual Books, 2004. 104p.

LOPEZ, A. P. A. Princípios Arquivísticos e Documentos Digitais. **Arquivo Rio Claro**, n. 2, 2004.

MACHADO, R. B. Gerenciamento eletrônico de documentos e sua inter-relação com a gestão do conhecimento. In: ANGELONI, M. T. (Org.). **Organizações do conhecimento: infra-estrutura, pessoas e tecnologias**. São Paulo: Saraiva, 2003. 215p.

MANUAL de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde.

Disponível em:

<http://www.sbis.org.br/certificacao/Manual_Certificacao_SBIS_CFM_2011_v4_Consulta_Publica.pdf> Acesso em: 10 maio 2012.

MARIN, H. F. O prontuário eletrônico do paciente: considerações gerais. In: PINTO, V. B.; SOARES, M. E. (Org.). **Informação para a área da saúde: prontuário do paciente, ontologia de imagem, terminologia, legislação e gerenciamento eletrônico de documentos**. Fortaleza: Edições UFC, 2010. p. 23-37.

MARTINS, N. R.; REINEY, A.; PIRES, R..**Digitalização de documentos**. 2001.

Disponível em: < http://www.imaging.com.br/pdf/Digitalizacao_Unicamp.pdf> Acesso em: maio. de 2012.

NEGREIROS, L. R.. **Sistemas eletrônicos de gerenciamento de documentos arquivísticos: Um questionário para escolha, aplicação e avaliação**. Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte. Escola de Ciência da Informação 2007. Disponível em: < www.egov.mg.gov.br/files/conteudos/mestradoleandro_ribeiro_negreiros.pdf> Acesso em 25 de junho de 2008.

RODRIGUES, A. M. L. A teoria dos arquivos e a gestão de documentos. **Perspectiva em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v.11 n.1, p. 102-117, jan./abr. 2006.

ROSSEAU, J. Y.; COUTURE, C. **Os fundamentos da disciplina arquivística**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1998. 356p.