



XVI Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação – XVI ENANCIB 2015  
ISSN 2177-3688

**GT 11 - Informação & Saúde**  
Pôster

**TRATAMENTO DOCUMENTAL DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS E  
ACESSO ÀS INFORMAÇÕES PRIVADAS EM SAÚDE<sup>1</sup>**

***DOCUMENTARY TREATMENT OF MEDICAL RECORDS AND THE  
ACCESS TO PRIVATE HEALTH INFORMATIONS***

**Antonio Victor Botao, IBICT**  
antonibotao@gmail.com

**Jorge Calmon Biolchini, IBICT**  
jorge.biolchini@gmail.com

**Resumo:** Aborda o tratamento arquivístico dos prontuários médicos e os aspectos relativos ao acesso às informações privadas contidas nesses documentos, que mesmo enfrentando entraves burocráticos para sua disponibilização, são úteis para fomentar a pesquisa científica e o exercício da cidadania pelo direito de acesso a informações. Objetiva a contribuição para a área de informação e saúde por meio da conscientização das instituições de saúde da importância dos conhecimentos arquivísticos e legais necessários ao tratamento documental e o acesso às informações dos prontuários pelos usuários. O estudo tem seu desenvolvimento pautado na consulta a textos das áreas de saúde, arquivística e legal adotando a metodologia de pesquisa exploratória. Aponta a origem dos arquivos que desde os primórdios servem ao homem, governos e sociedades como fontes de prova e registro de atos administrativos, fatos históricos e culturais, assim como de direitos e deveres. Traça um panorama da origem dos registros médicos e sua organização em arquivos ao longo dos tempos até a contemporaneidade com a instituição do Serviço de Registro de Informação em Saúde. Verifica o grau de importância do profissional arquivista para as instituições e a administração das mesmas com base na influência exercida pelo avanço científico e tecnológico e a democratização do acesso à informação no Brasil que levaram a uma revisão das práticas profissionais e éticas na área arquivística, considerando a produção, gestão, armazenamento, preservação e acesso às informações em saúde. Conclui-se que a área de documentação em saúde carece de políticas mais incisivas de instituição e controle de procedimentos de gestão documental como também a conscientização dos administradores e dos usuários dos arquivos médicos da importância da democratização do acesso às informações garantidas por Lei no Brasil, porém sem deixar de considerar o respeito à intimidade e vida privada das pessoas no que tange aos registros médicos.

---

<sup>1</sup> O conteúdo textual deste artigo, os nomes e e-mails foram extraídos dos metadados informados e são de total responsabilidade dos autores do trabalho.

Palavras-chave: Arquivos médicos. Prontuários médicos. Acesso à informação. Informações em saúde.

**Abstract:** Addresses the archival processing of medical records and aspects relating to access to private information in those documents, even facing bureaucratic obstacles to their availability, are useful for promoting scientific research and the exercise of citizenship by right of access to information. Aims at contribution to the field of information and health through awareness of health institutions of the importance of archival and legal knowledge necessary for documentary treatment and access to information from medical records by users. The study has guided its development in consultation with texts of health, archival and legal fields adopting exploratory research as methodology. Points out the origin of the files since the dawn serve the man, governments and societies as proof supplies and log administrative actions, historical and cultural events, as well as rights and duties. Provides an overview of the origin of the medical records and files in your organization over time to the contemporary with the establishment of the Health Information Registration Service. Check the degree of importance of professional archivist for the institutions and the administration thereof based the influence of the scientific and technological progress and the democratization of access to information in Brazil that led to a review of professional and ethical practices in archival area, considering the production, management, storage, preservation and access to health information. It is concluded that health documentation area needs more incisive political institution and control document management procedures as well as awareness of medical administrators and users of the archives of the importance of democratizing access to information guaranteed by law in Brazil, but nevertheless considering the respect for intimacy and privacy of individuals with respect to medical records.

**Keywords:** Medical archives. Patient records. Access to information, Health information.

## 1 INTRODUÇÃO

Os arquivos desde os primórdios têm sua criação consolidada por serem guardiões de documentos que constituem de provas de atos administrativos, jurídicos, históricos e culturais, assim como fontes de registro dos direitos e deveres dos cidadãos, conforme PAES (2004). Não se pode deixar de considerar que tais fontes documentais armazenam documentos para além dos campos supracitados, representando em si a diversidade da informação tanto para utilização geral como específica.

As mudanças tecnológicas no campo da informação em saúde no país e no mundo, ainda que defasadas em relação a outros campos, repercutem na forma de registrar, armazenar, preservar e tratar os arquivos com as informações de saúde dos prontuários, de forma que seja preservada a privacidade e garantida a disponibilidade destas informações de forma oportuna e precisa, conforme Prochet e Oliveira (2006). Sob essa perspectiva leva-se em conta que tais mudanças contribuíram de forma decisiva para a revisão e modernização da postura dos profissionais na área arquivística no que tange às técnicas de tratamento e gestão da informação, o suporte onde a mesma é registrada, questões de ética profissional e a democratização do acesso à informação.

O histórico do surgimento e evolução dos registros em saúde tem na sua abordagem um arcabouço teórico importante para mapear o acompanhamento dos arquivos às exigências

do tratamento documental ao longo dos tempos e verificação tanto da importância estratégica desses registros como da eficácia do papel do arquivista como profissional que trata as informações na área de saúde.

O prontuário como documento de registro das informações sobre o paciente é fonte essencial de apoio às atividades desenvolvidas por todos os profissionais envolvidos no atendimento e as informações registradas nesse documento devem atender a norma, assim como a sua guarda com segurança, as formas de requisitá-lo e os limites de circulação desse documento dentro dos serviços de acordo com Vasconcelos et al. (2008).

Os aspectos legais dos processos informacionais relativos à documentação na área de saúde, mais especificamente o acesso às informações privadas contidas nos prontuários médicos são abordados conjuntamente com as questões de importância estratégica da documentação arquivística para a administração das instituições de saúde e do profissional arquivista como um dos atores envolvidos no processo de tratamento, gestão, preservação e acesso às informações médicas dos pacientes.

## **2 OS REGISTROS NA ÁREA DE SAÚDE E OS ARQUIVOS JUNTO À ADMINISTRAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES**

Segundo estudo organizado pela Escola Politécnica da Saúde Joaquim Venâncio (2005) os aspectos históricos dos registros em saúde estão relacionados à história da medicina, na qual os registros podem ser formais – escritos ou informais, com o uso de símbolos e descritas sucintamente ao longo de épocas conhecidas como Medicina Primitiva, Medicina na Antiguidade, Medicina na Idade Média e Medicina na Idade Moderna. Estes períodos foram caracterizados pela execução de procedimentos médicos, assim como os registros dos mesmos, a oficialização do exercício da profissão médica, desenvolvimento de áreas como anatomia, farmacologia, histologia, cirurgia, procedimentos de higiene, uso de equipamentos como microscópio, entre outros.

O século XX consolidou-se como o período das grandes mudanças e descobertas, época que surgiram os computadores, elevando a capacidade de processamento e facilitando a obtenção de dados mais selecionados e reais, bem como novas tecnologias, começam a ser utilizados programas de avaliação e auditoria médica para finalidade de melhorar a qualidade da assistência (REGISTROS DE SAÚDE, 2005).

Além de se constituir em um direito à informação que é inerente a todo cidadão, os arquivos tiveram sua evolução pautada no atendimento às necessidades informacionais a

partir de exigências advindas do campo da administração na organização das instituições públicas e privadas e das tecnologias de informação e comunicação.

Cabe ressaltar que o setor de arquivo constitui uma unidade administrativa primordial para a realização das atividades das organizações pela produção documental e considerando o documento arquivístico como ferramenta de testemunho e autenticidade dos registros de atos da administração e formalização de suas atividades específicas, além de sua importância como centro vital de informação, veículo de comunicação, serve à garantia e resgate de direitos e apóia à tomada de decisões estratégicas para as organizações.

O aspecto legal da utilização dos arquivos na área de saúde com ênfase nos prontuários médicos não poderia deixar de ser abordado, pois demonstra na contemporaneidade todo o esforço da área de saúde em parceria com a área arquivística no sentido de atendimento às necessidades administrativas, jurídicas e informacionais dos usuários de serviços de saúde que somente é alcançado pela adoção das boas práticas de gestão documental alinhadas com a legislação brasileira.

### **3 ACESSO À INFORMAÇÃO: DICOTOMIA ENTRE PÚBLICO E PRIVADO NA ÁREA DE SAÚDE**

O acesso à informação é um direito fundamental garantido pela Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988) e coincide com a atribuição dos arquivos, que organizam, armazenam, e conservam os documentos para tal propósito, porém há diretrizes que condicionam o acesso, desde a liberação irrestrita, aos casos de restrição ou sigilo em virtude do teor documental.

Verifica-se a partir das diretrizes inerentes ao acesso às informações públicas, que as mesmas constituem um direito de qualquer cidadão em nosso país, mantendo apenas as ressalvas com relação à inviolabilidade da intimidade, vida privada, honra e imagem das pessoas, aspectos os quais são enquadrados como assuntos privados e de acordo com a Lei 12.527 de 18 de novembro de 2011, conhecida como Lei de Acesso à Informação, conhecida como LAI, na seção V, denominada Das Informações Pessoais, estabelece no artigo 31, entre outros aspectos, que o tratamento das informações pessoais deve ser feito de forma transparente e com respeito à intimidade, vida privada, honra e imagem das pessoas, bem como às liberdades e garantias individuais; e poderão ter autorizada sua divulgação ou acesso por terceiros diante de previsão legal ou consentimento expresso da pessoa a que elas se referirem.

O consentimento não será exigido quando as informações forem necessárias à prevenção e diagnóstico médico, quando a pessoa estiver física ou legalmente incapaz, e para utilização única e exclusivamente para o tratamento médico; à realização de estatísticas e pesquisas científicas de evidente interesse público ou geral, previstos em lei, sendo vedada a identificação da pessoa a que as informações se referirem, condições às quais enquadram-se nos critérios necessários para a otimização do tratamento das informações em saúde como também para o desenvolvimento de tratamentos diagnósticos e de pesquisa científica, preponderantes para o avanço da área da saúde no Brasil.

Com a evolução das tecnologias de informação e comunicação, verifica-se além da produção do prontuário em suporte papel, a confecção do Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP - que tem sua produção baseada na Resolução nº 1821/2007 do CFM, a qual trata da aprovação de normas para a digitalização e uso dos sistemas informatizados para guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes – possibilita a verificação de data e autor dos registros efetuados; diminui a possibilidade de alteração dos dados a níveis seguros; padroniza os dados por tipo para o uso em rede; facilita o acesso aos dados do paciente; diminui a perda de registros; padroniza registros para legibilidade; diminui espaço físico; porém pode apresentar desvantagens com relação a investimento, capacitação de profissionais e resistência por parte dos funcionários. A propriedade física do prontuário, independente de suporte documental, é da instituição onde o paciente é assistido e que os dados ali contidos pertencem ao mesmo e devem estar permanentemente disponíveis considerando o sigilo profissional que visa preservar a intimidade do indivíduo conforme normas legais e éticas.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os arquivos têm papel preponderante no armazenamento, conservação e disseminação de informações, atribuições as quais têm seu desenvolvimento prejudicado pela falta de administração e controle de tais rotinas, além de não podermos deixar de considerar os entraves gerados pela legislação arquivística e médica que se confrontam com aspectos de ética e direitos fundamentais.

O estabelecimento de objetivos que culminem com a elaboração dos formulários que tratam de vários aspectos relativos à saúde dos pacientes para a constituição dos prontuários médicos é de suma importância para uma padronização das informações médicas em sistemas de saúde, alinhados com uma política arquivística condizente com as legislações pertinentes, de forma a atender as necessidades informacionais em todas as instâncias envolvidas nas

rotinas de produção, armazenamento, controle, conservação e divulgação de informações médicas.

O avanço tecnológico tem atribuição decisiva na migração do suporte analógico – papel - para o suporte digital - em meio eletrônico - , que juntamente com a adoção de uma política de padronização dos dados (metadados, que significam descritores de informações) que compõem os formulários dos prontuários médicos eletrônicos, além de adoção de recursos de segurança da informação e transmissão das informações em ambiente *web* compatíveis entre sistemas de informações eletrônicas estabelecidos em dispositivos legais, possibilitam maior agilidade nos trâmites administrativos, nas comunicações e na troca de informações por meio de sistemas eletrônicos (interoperabilidade) entre profissionais e instituições de saúde.

Verifica-se, portanto, que de acordo com a realidade brasileira na área de registros em saúde, a trajetória ser percorrida pelos profissionais de informação e as instituições em saúde, ainda é longa, devido à morosidade na compreensão da importância dos registros em saúde que os arquivos armazenam e a contribuição de tais informações para o aprimoramento do tratamento dos pacientes e o desenvolvimento da pesquisa científica em saúde, que vão de encontro a entraves de origem administrativa, política e legal.

A partir do exposto, recomenda-se uma revisão das práticas administrativas, arquivísticas e políticas, no sentido de sensibilizar autoridades e instituições de saúde na adoção de procedimentos que normalizem e padronizem o registro, armazenamento, gestão, conservação e acesso às informações contidas em prontuários médicos concomitantemente com a adoção de técnicas informáticas que possibilitem a agilidade na produção, circulação e intercâmbio de informações entre as instâncias da área de saúde, representando de fato um verdadeiro avanço científico e social de forma mais ampla, realidade esta que verificamos somente em algumas poucas instituições de saúde no Brasil.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

BRASIL. **Lei no. 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal... Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 nov. 2011. Seção 1, Edição Extra, p. 1-4. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/12527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/12527.htm) . Acesso em 7 de abril de 2015.

CFM – Conselho Federal de Medicina. **Resolução 1821/2007**. 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 Disponível em:

<http://www.diariodasleis.com.br/busca/exibmlink.php?numlink=1-178-34-2007-07-11-1821>.

Acesso em 01/10/2014.

PAES, M. L. **Arquivo**: teoria e prática. 3. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004. 228 p.

REGISTROS DE SAÚDE. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Coedição com a Opas/OMS.2005. 244 p.

PROCHET, T. C. P.; OLIVEIRA, M. G. L.V. Valorização do serviço de arquivo médico e estatístico: um olhar dos profissionais de saúde. São Paulo, **Nursing**, v. 9, n. 102, p. 1098-105, 2006.

VASCONCELLOS, M. M; GRIBEL, E. B. MORAES, I. H. S. de. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. v. 24, supl.1, p. s173-s182, 2008.