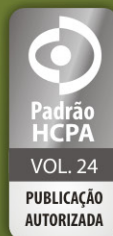




Manual do Prontuário do Paciente

Orientações aos
profissionais de saúde

HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS





Manual do Prontuário de Paciente

Orientações aos profissionais de saúde

Sumário

1. O Prontuário de Pacientes do HCPA	5
2. Comissão de Prontuários do Paciente	8
3. História do prontuário eletrônico no HCPA	11
4. Regras gerais do prontuário do HCPA	14
4.1. Processo de desenvolvimento de sistemas	14
4.2. Sistema desenvolvido para servir a todos os ambientes do HCPA	15
4.3. Perfis e normas de acesso a prontuários	15
4.4. Edição de documentos	18
4.5. Data/hora/autoria – Identificação de documentos	20
4.6. Prazos para acesso a prontuários	21
4.7. Prontuário vip	22
4.8. Distribuição de usuário e senhas	23
4.9. Sistemas de contingência	24
4.10. Certificação digital	26
4.11. Cópias e impressões	27
4.12. Consulta a prontuários	29
4.13. Digitalização de documentos de prontuário	30
4.14. Reimpressão de prescrição médica	32

Anexo 1 - Utilização de ativos de Tecnologia da Informação (TI) no HCPA	35
Anexo 2 - Resolução 1605 do Conselho Federal de Medicina sobre a cópia de documentos de prontuário do paciente	39
Anexo 3 - Carta resposta a autoridade judicial para solicitação de cópia ou impressão de prontuário do paciente	42
Anexo 4 - Resolução 1614/2001 do Conselho Federal de Medicina a respeito de auditoria médica de prontuário do paciente	44
Anexo 5 - Parecer 2/1994 do Conselho Federal de Medicina a respeito de auditoria médica de prontuário do paciente	48
Anexo 6 - Parecer 12/2010 do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul a respeito de auditoria médica de prontuário do paciente	53
Anexo 7 - Resolução 1821/2007 do Conselho Federal de Medicina a respeito de normas técnicas concernentes à digitalização e uso de sistemas informatizados de prontuário de pacientes	59
Anexo 8 - Declaração de Consulta/ Solicitação de Cópia Prontuário de Paciente	70
Anexo 9 - Resolução 429/2012 do Conselho Federal de Enfermagem	72

1. O Prontuário de Pacientes do HCPA

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), desde o início de suas atividades assistenciais em 1972, vê no prontuário do paciente um elemento fundamental para a promoção da qualidade da atenção prestada aos pacientes. Considerando sua condição de hospital universitário, em que estudantes de diversas faculdades e cursos da área da saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Ufrgs) e residentes médicos e multiprofissionais fazem sua formação, reconhece seu papel de difundir e aprimorar os conceitos e regras que ordenam o prontuário do paciente em nosso país. Tendo em vista que a pesquisa clínica é uma faceta importante da missão do Hospital de Clínicas, o prontuário do paciente é uma fonte rica de informações neste sentido, mesmo que não tenha sido concebido com esta função. Além destes objetivos mais diretamente relacionados a sua atividade fim, as informações contidas no prontuário do paciente alimentam a produção de indicadores de qualidade assistencial e de gestão. Do ponto de vista do faturamento, é o prontuário que dispara todo o processo de elaboração de contas. Assim, o prontuário do paciente no HCPA tem como principais funções a qualificação da assistência ao paciente e o ensino de profissionais de saúde em processo de formação profissional. Secundariamente, fornece informações clínicas para pesquisa. Os indicadores assistenciais extraídos baseiam-se nas informações clínicas usuais alimentadas diretamente pelos profissionais de saúde sem que, para isto, tenham que ser feitas modificações em sua rotina habitual de trabalho.

O HCPA sempre adotou o conceito de prontuário único por paciente. O Conselho Federal de Medicina, a partir de 2002, com a resolução 1638, também adota este conceito. Na prática diária, no momento do primeiro atendimento, cada paciente recebe um número de prontuário que irá identificá-lo e acompanhá-lo sempre que demandar os serviços do hospital. Mesmo os pacientes que permanecem muito tempo sem comparecer ao hospital, em seu retorno, utilizarão o mesmo número de prontuário. O número do prontuário identifica todos os

documentos clínicos do paciente, sejam eles eletrônicos ou em papel. Para a manutenção deste conceito de prontuário único, é necessária a parceria dos responsáveis pelos pontos de entrada de novos pacientes, a exemplo do Serviço de Ambulatório, da Admissão, da Internação e dos Serviços de Cirurgia, para evitar duplicações.

O prontuário único do paciente no HCPA é constituído por documentos exclusivamente em papel ou eletrônicos e documentos armazenados tanto em papel quanto em meio eletrônico. Os documentos em papel são arquivados pelo Serviço de Arquivo Médico e Informações de Saúde (Samis) e os eletrônicos são mantidos pela Coordenadoria de Gestão da Tecnologia da Informação (CGTI). Ao longo dos últimos anos o prontuário do paciente em nosso hospital tem sido progressivamente informatizado. A informatização completa, com o abandono dos documentos de papel no uso diário, é meta importante da Administração Central. Por isso, e de acordo com a determinação do Conselho Federal de Medicina, o Clínicas implantou a tecnologia de certificação digital de documentos de prontuário no padrão da Infraestrutura de Chaves Públicas do Brasil (ICP – Brasil).

Os documentos em papel considerados relevantes para a continuidade da assistência, tais como anamnese e exame físico da internação, notas de evolução, sumário de alta do paciente e outros, são armazenados em pastas denominadas Prontuário Clínico, que ficam à disposição para consulta nas dependências do Samis. Até algum tempo atrás, toda vez que um paciente internava ou comparecia ao HCPA para a realização de algum procedimento ou consulta, este conjunto de documentos o acompanhava. Com a extensão do conteúdo informatizado do prontuário eletrônico, em muitas unidades esta prática já não é mais necessária, como por exemplo, no Ambulatório. Isto fez com que fosse possível diminuir significativamente a circulação de prontuários. Anteriormente tínhamos uma movimentação diária de aproximadamente 5000 prontuários, que eram selecionados, retirados das estantes, transportados aos locais de atendimento e retornavam ao Samis para arquivamento. Como muitos destes prontuários eram

muito volumosos, organizamos uma forma de deixá-los mais enxutos, selecionando os documentos mais importantes para a continuidade do atendimento. Assim, documentos como o registro dos sinais vitais, que são importantes durante o período de internação, mas que a médio ou longo prazo não são relevantes nesta situação, foram armazenados no que denominamos de Prontuário Legal. Diferentemente dos anteriores, estes eram guardados em local separado do Samis. O acesso a este conjunto de documentos para consulta somente era permitido após solicitação prévia de vinte e quatro horas.

A maior parte dos documentos originados nos processos assistenciais informatizados é armazenada e acessada exclusivamente através do sistema informatizado, como é o caso dos atendimentos ambulatoriais, anamneses e evoluções na internação. Outros, como por exemplo, a prescrição médica e de enfermagem, são impressos e identificados no momento de sua execução e ficam disponíveis para consulta tanto em meio eletrônico quanto no prontuário clínico em papel.

As regras que controlam a preservação do sigilo do paciente, o acesso ao prontuário por profissionais da saúde ou administrativos, a solicitação de cópias e todas as demais regras que se referem ao prontuário aplicam-se a todas as formas de apresentação do documento, seja em papel ou em formato eletrônico.

A responsabilidade pelo adequado preenchimento do prontuário do paciente é dos profissionais que o estão assistindo. O Conselho Federal de Medicina, referindo-se aos médicos, estende esta responsabilidade às chefias e de toda a hierarquia médica até a vice-presidência. Cabe à Comissão de Prontuários a adaptação à legislação e auditoria de sua execução.

2. Comissão de Prontuários do Paciente

Desde o início de suas atividades, na década de 1970, o HCPA constituiu uma comissão responsável pelo prontuário do paciente. Inicialmente

denominada Comissão de Prontuário Médico, passou a adotar a denominação de Comissão de Prontuários do Paciente a partir 1995. O primeiro regimento da área médica do hospital, publicado em 1975, referendou a comissão que já estava em funcionamento e estabeleceu sua área de atuação:

Regimento da área médica 1975

- Art. 65- As Comissões Permanentes (...):
 - III- Comissão de Prontuários
- Art. 71- Compete à Comissão de Prontuários:
 - Estabelecer normas para avaliar a qualidade dos prontuários médicos;
 - Recomendar formulários e sistemas e dar orientação para se obter um bom prontuário médico;
 - Rever e avaliar os prontuários, durante o período de internação e após as altas, bem como os de Ambulatório, para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo mantido;
 - Avaliar a qualidade das anotações feitas no Prontuário Médico;
 - Devolver os prontuários aos Chefes de Serviço e de Unidades para que se ajustem aos padrões estabelecidos, quando for o caso;
 - Encaminhar, mensalmente, aos chefes de Serviços, a relação dos integrantes do Corpo Clínico do Hospital que não tenham cumprido as normas estabelecidas para os prontuários;
 - Apreciar os índices de morbidade e mortalidade do hospital.

O novo Regimento da Área Médica, de 2/5/2005, dita:

- Art. 51 - As comissões previstas no Artigo 20 e seus parágrafos do Regulamento do HCPA são órgãos normativos que se destinam a assessorar a VPM, Coordenadoria de Colegiados e chefias de Serviço, podendo ser temporárias ou permanentes.
- Art. 52 - As Comissões Permanentes terão atuação constante e contínua em seu campo de atividade no hospital e serão as seguintes:
 - I – Comissão de Prontuários do Paciente (...).

A principal função da Comissão de Prontuários é zelar pela qualidade do prontuário do paciente, entendendo que o documento é parte importante na qualidade da assistência. Desta forma, a comissão está comprometida com as obrigações institucionais de execução, guarda, preservação do sigilo das informações e disponibilidade das mesmas para a assistência, pesquisa, ensino e gestão. As ações da comissão desdobram-se em zelar pela aplicação da legislação vigente e dos preceitos éticos, normatizar o uso do prontuário e auditar a sua qualidade. Considerando que os sistemas clínicos constituem o prontuário eletrônico do paciente, a Comissão de Prontuários participa diretamente do desenvolvimento destes módulos, garantindo todos os requisitos legais e éticos. De maneira detalhada, as atividades da comissão contemplam:

- Conteúdo, volume e organização do prontuário
 - definição do conteúdo do prontuário e de critérios para inclusão ou alteração de documentos ;
 - análise de novas solicitações de documentos;
 - proposição de novos documentos;
 - projetos de mudanças estratégicas referentes a documentos de prontuário.
- Qualidade da informação

- programas de auditoria de prontuários;
 - acompanhamento de indicadores relativos à qualidade da informação e satisfação dos usuários.
- Desenvolvimento do prontuário eletrônico
 - análise de novas necessidades e oportunidades de crescimento da abrangência dos sistemas clínicos;
 - participação nos grupos de trabalho que desenvolvem sistemas informatizados;
 - participação no Projeto AGHU – Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (Ebserh - MEC).
- Assessoramento
 - Prestação de assessoria técnica para a Presidência, Vice-Presidência Médica, Vice-Presidência Administrativa, Grupo de Enfermagem, Grupo de Pesquisa e Pós-graduação, Coordenadoria Jurídica, Coordenadoria de Gestão de Tecnologia da Informação e Chefias de Serviços do HCPA.
- Questões éticas e legais
 - estudo da legislação pertinente e elaboração de normas e rotinas adequadas;
 - elaboração do Manual do Prontuário do Paciente;
 - vigilância do cumprimento adequado das normas referentes a sigilo, privacidade e segurança das informações;
 - emissão de pareceres relativos a solicitações judiciais e de outras autoridades de cópia de documentos do prontuário.

- Educação e treinamento
 - participação em atividades de ensino e de treinamento dos alunos dos cursos da Ufrgs;
 - participação nas atividades de treinamento anual dos residentes do HCPA;
 - apresentação de inovações e de avaliações de indicadores de qualidade de registro em reuniões do corpo clínico do HCPA;
 - atualização permanente do Manual do Prontuário.
- Divulgação e extensão
 - participação em eventos científicos nacionais e internacionais;
 - organização de cursos.

Para o adequado cumprimento de todas estas funções da Comissão de Prontuários, alguns princípios foram adotados. Primeiramente, é constituída de profissionais das várias áreas clínicas e administrativas que lidam com o prontuário do paciente. No HCPA foram nomeados pela presidência do hospital representantes da área médica, enfermagem, outros profissionais da saúde, Samis e tecnologia da informação. A coordenação é de responsabilidade de um médico também nomeado pelo presidente do hospital. Este grupo reúne-se em uma periodicidade quinzenal e todas as decisões são tomadas em conjunto. A eficácia das ações tomadas depende diretamente do apoio da alta administração do hospital assim como do reconhecimento de seu corpo funcional.

3. História do prontuário eletrônico no HCPA

O início da informatização do atendimento aos pacientes no Clínicas foi em 1983, com o sistema de agendamento de consultas ambulatoriais. Em 1985, passou a ser possível a entrada de informações administrativas

no processo de internação dos pacientes. Em 1991 foi implantado o sistema de solicitação e consulta a exames complementares, que pode ser considerado o primeiro sistema clínico. Já em 1993, teve início o sistema de prescrição eletrônica. Estes sistemas, apesar de integrados, apresentavam-se ao usuário como módulos completamente separados. Em 1995 foram criadas telas específicas para os médicos, introduzindo o conceito de lista de pacientes e integrando em um único ambiente os módulos de exames, prescrição e informações referentes à internação. O sumário de alta informatizado, um marco para evolução da informatização do HCPA, foi desenvolvido em 1996. Pela primeira vez, os médicos puderam introduzir as informações clínicas diretamente no sistema, ultrapassando o estágio de distribuição eletrônica de ordens, como ocorria na prescrição e na solicitação de exames.

Em 1997 o sistema passou a organizar os resultados de exames laboratoriais no formato de tabelas, com o objetivo de facilitar a consulta a seus resultados, com o sumário de exames. Com o mesmo conceito, foi elaborado o sumário de prescrição que, assim como o anterior, passou a tabular os itens de prescrição permitindo a visualização, em uma só tela, da prescrição completa de vários dias de internação. Em 2000 o HCPA abandonou o mainframe com terminais que até então adotara e passou para uma arquitetura cliente-servidor, com uma rede de microcomputadores. Logo após o processo de migração, foi implantado o sistema de prescrição de Enfermagem e de diagnóstico de Enfermagem.

Em 2002, consolidou-se o prontuário on-line, um sistema que compila em telas de navegação intuitiva todas as informações do paciente que o sistema conhece, como dados cadastrais, diagnósticos, internações, resultados de exames, e outras informações sobre sua saúde. A partir de então, todas as informações clínicas decorrentes de novos sistemas implantados passaram ser disponibilizadas para consulta, assim como os primeiros protocolos assistenciais desenvolvidos no HCPA.

Os sistemas da Obstetrícia e Neonatologia, Bloco Cirúrgico, descrição

cirúrgica e agendamento eletrônico de cirurgias foram implantados em 2003. Em 2004 teve início o sistema de atendimento ambulatorial. A partir de então, todos os registros das consultas ambulatoriais passaram a ser armazenados exclusivamente em meio eletrônico, constituindo o primeiro sistema do HCPA a dispensar completamente o papel. Em 2005 foi implantado o sistema de atendimento do Serviço de Emergência que, assim como no Ambulatório, passou a funcionar sem a impressão sistemática de documentos.

Em 2006, foi implantado o módulo de computação móvel. Com ele, o usuário pode baixar as principais informações clínicas de seus pacientes para o seu palm top. Em 2007, seguindo o conceito de portal do paciente, foram introduzidos os sistemas de anamnese e evolução nas unidades de internação, dispensando também a impressão de documentos. Em 2007 iniciou-se a implantação da assinatura digital de documentos eletrônicos elaborados por médicos, baseado na Infraestrutura de Chaves Públicas do Brasil. Três anos depois, em 2010, as imagens de tomografias computadorizadas, ecografias, ecocardiografia, medicina nuclear e endoscopias passaram a estar disponíveis para visualização e consulta através de um sistema de *Picture Archiving and Communication System* (Pacs), acessível em todos os microcomputadores de uso clínico do hospital. Em 2012 foi implantada a primeira fase do sistema de registro e consulta a controles de Enfermagem, que englobam sinais vitais, medicações administradas e balanço hídrico. Ainda em 2012 foi desenvolvido e implantado nova forma de acesso ao sistema através de dispositivos móveis, o PEP Móvel. Com ele, através e somente a partir da rede wifi interna do HCPA, era possível consultar a lista de pacientes internados, resultados de exames, anamnese e evolução além de registrar notas de evolução. Ao longo de 2016, com a implantação do AGHUse, este módulo deverá ser substituído pelo aplicativo AGHUse Mobile, inicialmente com funções semelhantes mas com perspectiva de ampliar-se.

Em 2009, no âmbito do projeto de reestruturação dos hospitais universitários federais, o Ministério da Educação identificou que o

modelo de gestão do Clínicas deveria ser exportado para os demais hospitais universitários. O sistema informatizado AGH foi reconhecido como o principal instrumento para operacionalizar este processo e, desta forma, nasceu o projeto denominado AGHU – Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários. Considerando os princípios de priorização da utilização de softwares livres e atualização tecnológica, o sistema AGH passou a ser traduzido e migrado para a linguagem Java. Atualmente o projeto está em andamento com módulos implantados em oito hospitais universitários e com perspectiva de várias novas implantações. Os objetivos incluem a geração de informações para o Ministério da Educação e para a recém-criada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), a melhoria da qualidade da atenção aos pacientes e a troca de informações clínicas e de gestão entre os hospitais universitários.

No processo de migração o HCPA adotou a estratégia de inicialmente trazer o AGH para uma interface web, denominado de AGHWeb. As modificações foram mínimas do ponto de vista do usuário final, mas passou a ser acessado através de um browser. Posteriormente foram criados o AGHU e atualmente o AGHUse, já com novas funcionalidades.

4. Regras gerais do prontuário do HCPA

4.1. Processo de desenvolvimento de sistemas

Os sistemas clínicos do HCPA são desenvolvidos internamente, por equipes próprias de profissionais. A Administração Central define qual é a área ou processo prioritário para ter um sistema, de acordo com as demandas do hospital. A partir de então é criado um grupo de trabalho formado por usuários em potencial, profissionais de tecnologia de informação da CGTI, membros da Comissão de Prontuários e representantes da Administração Central. Este grupo reúne-se periodicamente para definir o escopo, os requisitos e o protótipo do sistema. O trabalho inclui desde a definição dos conceitos e os aspectos

de legislação envolvidos até as linhas mestras do sistema e detalhes de layout das telas. Ao longo das reuniões, é construído um protótipo, analisado e modificado conforme a necessidade. O grupo também revisa o produto final e, quando necessário, determina modificações.

Depois de desenvolvido, o sistema passa para a etapa de implantação. Inicialmente, um pequeno grupo de usuários selecionados utiliza o sistema em ambiente de produção, como um projeto piloto. O retorno destes usuários pode indicar novos ajustes ao sistema, antes da implantação final, que geralmente é realizada de forma gradual. Mesmo depois da implantação, ainda podem ser feitos ajustes, de acordo com o retorno dos usuários.

Recentemente, em função do projeto AGHU e do grande volume de trabalho que a migração requer, o HCPA passou a contar com uma fábrica de software, que recebe as especificações do sistema a ser desenvolvido para produzi-lo.

4.2. Sistema desenvolvido para servir a todos os ambientes do HCPA

Um dos principais fundamentos do desenvolvimento de sistemas clínicos e prontuário eletrônico é a uniformidade no registro das informações. Por isso, os sistemas de prontuário no HCPA são concebidos de maneira a serem utilizados por todos os serviços do hospital. Para atender as peculiaridades de cada serviço assistencial, é oferecida a possibilidade de customização de algumas telas, desde que a unidade do prontuário não seja comprometida. A responsabilidade de qualquer customização é das chefias dos serviços e não são permitidas iniciativas individuais. Assim como no prontuário em papel, todos os documentos do prontuário eletrônico são permanentes.

No contexto de um hospital escola, como o Clínicas, o sistema passa a ter também um papel didático ao propor roteiros previamente formatados para o registro do atendimento, com a possibilidade

de adoção on-line dos protocolos assistenciais. Exemplo disso é o roteiro da anamnese e do exame físico, disponíveis no atendimento ambulatorial e na internação.

4.3. Perfis e normas de acesso a prontuários

As permissões para o acesso às diferentes funcionalidades do prontuário eletrônico do HCPA são fornecidas de acordo com uma tabela denominada de “Perfis de Acesso”, elaborada por um grupo de médicos, enfermeiros, analistas de sistemas da CGTI, administradores, Vice-presidência Médica e Comissão de Prontuários. Nas linhas da tabela são elencados todos os processos clínicos que os profissionais de saúde realizam habitualmente, como prescrever e solicitar exames, realizar evoluções, etc. A classificação dos diferentes profissionais está disposta nas colunas. Nesta classificação foram levadas em consideração a categoria profissional propriamente dita (médico, enfermeiro, psicólogo, administrador etc.) e a atividade específica desenvolvida no hospital. O mapeamento das atividades obedeceu a características próprias do funcionamento e da cultura do HCPA (tabela 1).

Somente para os médicos, por exemplo, há várias categorias, como médicos residentes, professores de medicina, médicos contratados, pesquisadores e outros, com diferentes atividades e funções no hospital. Enquanto muitos estão envolvidos exclusivamente na assistência aos pacientes, outros só realizam atividades de pesquisa. Já os radiologistas têm atividades muito específicas e, portanto, devem ter permissões também específicas, como emitir e assinar laudos. Para cada uma das categorias profissionais foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão, assim como um período de validade para o acesso ao sistema. No momento em que o profissional se desliga do hospital, seu acesso ao sistema é suspenso.

Os perfis exemplificados na tabela 1 são o produto do trabalho de um comitê constituído especificamente com esta função em 2001 e

foram implantados desde então. A complexidade do atendimento multidisciplinar ao paciente, o surgimento de novas funcionalidades no sistema e o crescimento do HCPA exigiram uma revisão destas permissões. Em 2015 foi criado um grupo de trabalho específico com esta tarefa que deverá estar concluída em 2016. Os princípios gerais foram mantidos, mas os processos clínicos foram discriminados mais profundamente assim como as categorias profissionais. Os OPS (Outros Profissionais da Saúde) foram separados em biólogos, biomédicos, educadores físicos, farmacêuticos, físicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, odontólogos e serviço social.

Tabela 1. Perfis de acesso do Hospital de Clínicas de Porto Alegre para profissionais da saúde

MÉDICOS
MED01 – Médicos do corpo clínico
MED02 – Acadêmicos de Medicina e doutorandos Ufrgs/ Estudantes curriculares de outras instituições (optativo)
MED03 – Médicos executores de exames
MED04 – Médicos com atuação em centros cirúrgicos
MED05 – Médicos pesquisadores / pós-graduandos / cursistas Piccap e Celg (Ufrgs e outras instituições – Ambulatório e Internação)
MED06 – Médicos pesquisadores e pós-graduandos (Ufrgs e outras instituições - Ambulatório)
MED07 – Estagiários extracurriculares, médicos residentes e médicos visitantes
MED08 – Supervisores do SUS
MED09 – Médicos residentes de outras instituições e contratados por RPA
MED10 – Médico revisor - POL
ENFERMAGEM
ENF01 – Enfermeiros e residentes multiprofissionais
ENF02 – Acadêmicos de Enfermagem da Ufrgs e de outras instituições
ENF03 – Enfermeiros visitantes e cursistas Piccapp

ENF04 – Enfermeiros pesquisadores e pós-graduandos (Ufrgs)
ENF05 – Técnicos e auxiliares de Enfermagem
ENF06 – Estudantes da Escola Técnica de Enfermagem do HCPA
ENF07 – Enfermeiros com atuação em centros cirúrgicos
OUTROS PROFISSIONAIS DA SAÚDE
OPS01 – Odontólogos
OPS02 – Estagiários curriculares e extracurriculares de Psicologia, Serviço Social e Recreação
OPS03 – Estagiários curriculares e extracurriculares de Nutrição, Odontologia, Farmácia e Fisioterapia
OPS04 – Nutricionistas, farmacêuticos, cursistas Piccap e residentes multiprofissionais
OPS05 – Outros profissionais de saúde: pós-graduandos (Ambulatório e Internação) e visitantes
OPS06 – Outros profissionais de saúde executores de exames
OPS07 - Assistentes sociais, psicólogos, biólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e residentes multiprofissionais
OPS08 – Farmacêuticos, físicos e residentes multiprofissionais
OPS09 – Técnicos e auxiliares de Farmácia
OPS10 – Técnicos do Serviço de Diagnóstico e Tratamentos (SADT I)
OPS11 - Técnicos do Serviço de Diagnóstico e Tratamentos (SADT II)
OPS12 – Pós-graduandos em Odontologia da Ufrgs (Ambulatório e Internação)
OPS13 – Fisioterapeutas ocupacionais, recreacionistas e residentes multiprofissionais
OPS14 – Cursistas Piccap, assistentes sociais e psicólogos
OPS15 – Recreacionistas

Para cada um dos processos clínicos e categorias profissionais são definidas três ações possíveis: consultar, executar e assinar. Tomando como exemplo o processo de prescrição médica, o médico residente pode exercer todas as funções. Já o acadêmico de Medicina pode consultar e executar, mas não lhe é permitido assinar. O enfermeiro pode consultar a prescrição médica, mas não pode executá-la e tampouco assiná-la. A tabela 2 ilustra o sistema de perfis adotado no Hospital de Clínicas.

Tabela 2. Perfis de acesso

	MED01	MED02	ENF01	MED08
Cadastro do paciente	C	C	C	C
Internação do paciente	C	C	C	C
Anamnese e exame físico (Medicina)	EAC	EAC	C	C
Anamnese e exame físico (Enfermagem)	C	C	EAC	C
Prescrição médica	EAC	EC	C	C
Prescrição de Enfermagem	C	C	EAC	C

Legenda: E: executar; A: assinar; C: consultar

A gestão da tabela de perfis é exercida por um grupo constituído especificamente para esta função, composto por profissionais da área de tecnologia da informação e pela Comissão de Prontuários. O cadastramento dos profissionais é feito pela Coordenadoria de Gestão de Pessoas (CGP).

4.4. Edição de documentos

A comunicação entre membros da equipe de saúde e a documentação da assistência ao paciente são as principais funções do prontuário. Por isso, é princípio fundamental que ela não seja modificada após sua elaboração. Ações diagnósticas e terapêuticas – eventualmente invasivas e com risco ao paciente – baseiam-se exclusivamente em informações presentes no prontuário. Assim, modificar esta informação original poderia tornar sem sentido ou até erradas as demais que tenham sido tomadas. As consequências legais desta situação podem ser catastróficas.

Mesmo quando o prontuário do Clínicas era somente em papel, já havia uma orientação clara de que nenhum documento poderia ser retirado ou modificado. Entretanto, eventualmente ocorriam situações de exceção que demandavam uma abordagem específica, como documentos incompletos, documentos colocados em pastas de paciente errado ou informações equivocadamente colocadas no prontuário, que poderiam gerar ações também equivocadas em relação

ao paciente. Cada uma destas situações era avaliada individualmente pela chefia do Samis e pela Comissão de Prontuários. A regra geral era que somente poderia retirado um documento do prontuário quando este estava na pasta errada e se referia a outro paciente. Como a identificação de todos os documentos era feita a partir do nome do paciente e do número do prontuário, seu arquivamento correto era fácil. Quanto a modificações no conteúdo dos documentos, a orientação era que fosse feito um adendo ao original, datado e assinado, onde eram explicitadas as novas informações, sem nunca apagar as originais.

As regras utilizadas no papel passaram a ser aplicadas ao prontuário eletrônico. O documento não pode ser modificado ou editado depois de concluído. No sistema AGH não é aberta a possibilidade de reabrir os formulários eletrônicos que geram os documentos finais. Nos casos em que há necessidade de complementar o documento original, que pode tanto ser feita tanto pelo autor deste, como por outro usuário com perfil de acesso compatível. Abre-se então o que chamamos de Notas Adicionais, que contem um campo de texto livre que ficará agregado ao documento original. Desta forma, preserva-se o original e permite-se a inclusão de adendos tanto pelo seu autor como por outro profissional. Assim sendo, todos os documentos eletrônicos do Prontuário do Paciente do Hospital de Clínicas permitem a inclusão de Notas Adicionais. A única exceção é a evolução da internação, onde a orientação é realizar outro item de evolução caso haja algum observação ser feita.

Quando um documento é anexado ao prontuário do paciente errado, ocorre outro procedimento. Por legislação, é proibida a retirada de documentos do prontuário, mas, por outro lado, não é possível deixar uma informação errada, o que poderia gerar ações médicas equivocadas. Nestes casos, cada situação é julgada individualmente pela chefia do Samis e pela Comissão de Prontuários. Quando é confirmada a existência de um engano, o autor do documento elabora uma nova versão e o documento antigo fica inativo na base de dados, sem ser deletado. Desta forma, não poderá ser acessado pelo usuário

comum. Sua recuperação pode ser feita por auditoria.

4.5. Data/hora/autoria – Identificação de documentos

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre identifica todos os documentos do prontuário do paciente com data e hora de sua elaboração, nome do autor, número do conselho federal da categoria profissional, logo e nome do Hospital de Clínicas, tipo de documento, nome do paciente, leito de internação (caso o documento tenha sido produzido durante uma internação hospitalar) e número de prontuário do paciente. No layout do prontuário adotado pelo hospital, a maior parte destas informações está localizada no rodapé dos documentos (figura 1).


21/12/2008 00:15		Dr.º. FULANO DE TAL		CREMERS	123456
 HOSPITAL DE CLÍNICAS PORTO ALEGRE - RS Tipo de documento		Identificação JOÃO DA SILVA Leito: 0811B 12345670			
MICR_DESCR_CIRURGICA 20/12/2008 16:03:10 2549998					

Figura 1. Identificação de documentos do prontuário do paciente no Hospital de Clínicas.

Com a informatização do prontuário do paciente, todos os documentos, quando impressos, mantiveram o mesmo tipo de apresentação dos antigos formulários em papel acrescentando-se a data e hora da impressão. Todo o registro em prontuário do paciente deve conter data e hora de sua realização e nome e número do conselho regional profissional de quem o produziu. Os documentos eletrônicos devem obedecer à mesma regra. No que diz respeito à data e hora, o sistema adota aquela do momento em que foi concluído o documento.

Todo ato médico somente pode ser realizado por médicos habilitados para tal. Entretanto, acadêmicos de medicina atuam intensivamente no atendimento dos pacientes e faz parte da sua atividade e de sua formação profissional a elaboração de tarefas como realizar prescrições, solicitar exames complementares e outras atividades do dia a dia de um hospital. Do ponto de vista legal, esta categoria não tem habilitação profissional para o exercício destas funções e, portanto, não podem finalizá-las. As ordens associadas a estes documentos, como ocorre em uma prescrição médica, serão disparadas somente após a validação da mesma pelo médico que a assinar, que, desta forma assumirá a sua autoria. Os acadêmicos da Faculdade de Medicina estão autorizados a assinar algumas atividades médicas que são aquelas em que se dá somente o registro de informações clínicas como anamnese e exame físico e notas de evolução. Nunca é permitido a acadêmicos assinar a emissão de ordens (prescrição, solicitação de exames) ou liberar um paciente (alta hospitalar, consulta ambulatorial ou em serviço de emergência). Toda esta regulamentação é determinada pela Tabela de Perfis de Acesso, conforme foi descrita anteriormente.

Tabela 3. Exemplos de identificação de documentos de prontuário do paciente.

Elaborado e assinado pelo Dr. João da Silva, CREMERS 12345, R1 Clínica Médica em 01/01/2009 08:10
Elaborado pelo Acadêmico Fulano de Tal, assinado pelo Dr. João da Silva, CREMERS 12345, R1 Clínica Médica em 01/01/2009 08:10
Elaborado e assinado pela Enfa. Fulana de Tal COREN 12345 em 01/01/2009 08:10

Com a implantação da certificação digital de documentos médicos do prontuário do paciente, de acordo com o padrão ICP-Brasil, todo documento impresso passa a conter a informação de que o documento original é eletrônico e certificado.

4.6. Prazos para acesso a prontuários

O prontuário do paciente deve estar disponível às equipes de saúde

em todas as unidades do hospital sempre que o paciente estiver em atendimento. Há também situações em que o paciente não está presente, mas em que é necessário consultar ou agregar informações, como discussões clínicas, pesquisa clínica com levantamento de dados de prontuário, necessidade de revisão do caso clínico antes da realização de uma cirurgia, consulta ou internação. O acesso varia de acordo com a categoria profissional.

A regra adotada pelo hospital é que sempre que houver um evento clínico programado para o paciente – consulta, cirurgia, internação, etc. – é permitida a consulta ao seu prontuário no período de uma semana antes e seis meses após o mesmo. Professores médicos da Ufrgs atuando no HCPA e médicos contratados do hospital têm este período de acesso ampliado indefinidamente, já que eventualmente atendem pacientes fora das dependências da instituição.

O acesso a prontuários para a coleta de dados para pesquisa clínica tem regras específicas. A liberação só é possível depois que o projeto for cadastrado e liberado no Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do hospital, onde é avaliado do ponto de vista técnico e ético. O pesquisador responsável deve identificar todos os membros da equipe de pesquisa, assim como os pacientes que participarão dela. O acesso aos prontuários destes pacientes será liberado para os pesquisadores nomeados no projeto durante o período em que a pesquisa estiver em andamento.

Em alguns casos, ocorre a liberação do acesso fora das regras descritas anteriormente, após contato direto do usuário com a chefia do Samis ou com a Comissão de Prontuários. Este tipo de consulta só pode ser feitas nos microcomputadores instalados no Samis.

Todas estas regras fazem parte da Tabela de Perfis de Acesso (tabela 2) e todos os logs de acesso a prontuário do paciente são gravados e passíveis de auditoria.

4.7. Prontuário vip

Um grande número de profissionais, de diversas áreas da saúde, está envolvido na assistência ao paciente. Esta abordagem multidisciplinar, ao mesmo tempo em que agrega qualidade à assistência, traz dificuldades para a preservação da privacidade dos dados clínicos do paciente. A dificuldade é agravada pelo fato de que toda vez que o paciente está em atendimento, seu prontuário fica disponível no sistema sempre que este estiver em atendimento.

Há uma série de situações em que a procura de informações no prontuário do paciente se dá por outras razões que fogem às razões clínicas. São motivadas pela curiosidade ou podem até ter objetivos ilícitos. Situações assim acontecem quando o paciente é uma pessoa pública. Não apenas as pessoas em geral ficam curiosas por conhecer os detalhes de sua situação de saúde, como também os veículos de comunicação. Outra situação importante é a da internação de algum colega de trabalho, funcionário ou professor do hospital, que está internado sem que se saiba o motivo.

Para garantir a privacidade das informações clínicas destes pacientes, o HCPA adotou o conceito de “prontuário VIP”, com padrões de acesso estabelecidos especificamente para estes pacientes.

Com o objetivo de aumentar o controle sobre estes casos específicos ou sobre qualquer outro paciente onde identifique-se invasão de privacidade foi criado um sistema de monitorização de prontuários. O Samis e a Comissão de Prontuários marca o prontuário em questão e a cada acesso o usuário é solicitado a justificar a razão da consulta. Estes acessos são informados à Comissão de Prontuários e são disponibilizados em uma tabela, de fácil consulta. Os casos onde identifica-se desvio de conduta ética são encaminhados aos locais devidos.

4.8. Distribuição de usuário e senhas

A distribuição e administração de usuários e senhas de acesso ao sistema está a cargo da Coordenadoria de Gestão de Pessoas, obedecendo aos critérios estabelecidos pela Coordenadoria de Gestão de Tecnologia da Informação e pela Comissão de Prontuários, conforme consta na Tabela de Perfis de Acesso. Ao receber a senha, o usuário assina a concordância com os termos da Decisão 005/2010 da Presidência do Hospital de Clínicas, que delibera sobre a utilização dos recursos de informática (anexo 1). O artigo 2 desta resolução refere-se especificamente aos cuidados que o usuário deve ter com relação à senha:

I - é vedada ao usuário a facilitação do acesso a terceiros, não autorizados, aos ativos de TI.

II - é obrigação do usuário a proteção de sua senha.

III - é responsabilidade do usuário manter cópia de segurança dos arquivos armazenados na respectiva estação de trabalho.

IV - é vedado ao usuário o uso da identificação e senha de outra pessoa.

V - é vedada ao usuário a instalação de dispositivos para acesso externo em equipamentos ligados à rede.

VI - é obrigação do usuário seguir as medidas estabelecidas pela CGTI para a proteção contra toda e qualquer ameaça que comprometa os ativos de TI.

O sistema exige a troca de senha a cada seis meses. Se o usuário desejar, também pode trocá-la a qualquer outro momento na Intranet. A cada troca de senha, deverá reafirmar sua ciência e concordância com relação à Decisão 005/2010 .

A senha é constituída por oito a quinze caracteres e deve conter pelo menos quatro letras e dois números. Não são admitidos caracteres especiais. A senha é única para todos os sistemas clínicos, assim como para acesso à intranet ou à rede sem fio.

As senhas são armazenadas no banco de dados Oracle e protegidas por criptografia.

4.9. Sistemas de contingência

Ao longo dos últimos anos, o prontuário eletrônico do HCPA tem se tornado cada vez mais sistêmico na instituição. O objetivo é abolir completamente o uso do papel. Mas mesmo com uma estrutura de rede e de hardware potentes, devem ser previstos sistemas de contingência para eventualidades, como quedas do sistema.

As quedas não são frequentes no Clínicas. Quando acontecem, geralmente são programadas e avisadas com antecedência, para que os profissionais possam ajustar os processos eletivos de atendimento ao paciente. Elas usualmente estão associadas a atualizações do sistema e instalação de novos equipamentos. Porém, como nenhum sistema é completamente imune a quedas imprevistas, todo sistema de prontuários deve prever sistemas de contingência. Sua adequada concepção e implantação são fundamentais para a segurança do paciente.

O Ambulatório do HCPA está completamente informatizado desde 2004. Diariamente são atendidos cerca de 2 mil pacientes nas mais diversas especialidades. As consultas são previamente agendadas através do sistema. Na noite anterior à data da consulta, o sistema armazena nos discos rígidos dos microcomputadores dos ambulatórios a relação de pacientes com consulta marcada para aquele dia e um resumo de seu prontuário. Caso haja alguma queda, os profissionais de saúde podem acessar os dados após o fornecimento de uma senha específica para este fim, distribuída por telefone, que é modificada diariamente. O registro da consulta pode ser feito no sistema de contingência. Uma vez resolvida a queda, estas informações são carregadas automaticamente para a base de dados.

Nas unidades de internação hospitalar, o sistema elabora um resumo

das informações clínicas do paciente, atualizado constantemente. Este resumo é constituído por:

- Identificação do paciente
 - Nome
 - Idade
 - Sexo
 - Leito
 - Número do prontuário
 - Equipe médica responsável pela internação
 - Serviço médico responsável pela internação
 - Data da internação
- Diagnósticos
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos
- Cirurgias
- Anamnese médica
- Notas de evolução das últimas 24 horas
- Exames
 - Fluxograma de exames (compilação em forma de tabela dos exames laboratoriais mais frequentemente realizados)
 - Laudo de eletrocardiograma (mais recente)
 - Laudo de estudo radiológico de tórax (mais recente)
- Prescrição médica vigente

Na eventualidade de uma queda do sistema, a equipe de Enfermagem da unidade de internação imprime este documento e disponibiliza-o ao médico. O documento também é impresso no caso de uma

emergência grave, com necessidade de reanimação cardiorespiratória. Nesta situação excepcional a consulta é mais ágil em um documento impresso do que em um microcomputador. Prevendo este tipo de utilização, estes documentos são também gravados no disco rígido de um dos computadores da Unidade de Tratamento Intensivo. São os profissionais desta área que atendem as paradas cardíacas do hospital e, desta forma, podem ter conhecimento rapidamente das condições clínicas do paciente.

No Serviço de Emergência foi criada uma rede local onde são replicados os dados dos servidores centrais. Se houver queda da rede ou do sistema, esta rede local assume as funções do AGH. Quando o problema for resolvido, as novas informações registradas durante o período da queda são restauradas na base de dados original.

4.10. Certificação digital

A certificação digital no padrão ICP-Brasil de documentos médicos do prontuário do paciente foi implantada no Clínicas em maio de 2009. Desde então, todo documento eletrônico do prontuário que tenha autoria médica deve ser assinado com a utilização desta tecnologia.

Os certificados digitais categoria A3 são fornecidos pelo HCPA a todos os médicos do corpo clínico do hospital no momento de sua admissão. Os custos da renovação após o vencimento do prazo de validade dos certificados são de responsabilidade do HCPA. Já os custos de novas emissões em casos de perda, extravio, bloqueio do cartão por esquecimento de senha, mau uso ou conservação são de responsabilidade dos usuários.

É permitido aos usuários o uso do certificado digital para outros propósitos, como acesso à rede bancária ou à Receita Federal.

A Tabela de Perfis de Acesso define uma das ações como “assinar” documentos. No caso específico de médicos, esta ação é entendida

como “assinar digitalmente”. No caso de acadêmicos de medicina, seu perfil de acesso não permite a assinatura de atos médicos. Eles poderão elaborar o documento, que ficará pendente da assinatura de um médico. Somente após esta é que as ordens médicas serão disparadas.

Os custos advindos do desenvolvimento, implantação e distribuição de certificados digitais foram assumidos completamente pelo Hospital de Clínicas. São previstas novas fases do projeto de implantação de certificação digital de documentos quando deverá ser estendido a outros profissionais de saúde.

Considerando que há um grande número de profissionais usando o sistema, eventualmente pode acontecer de um médico não dispor do cartão no momento da execução de um documento. Isso não é um impeditivo para que o ato médico seja realizado. O hospital preserva a segurança do paciente e evita impedir ações médicas por uma exigência “burocrática”. Quando houver ausência de cartão, o ato médico é executado, as ordens dele advindas são cumpridas e o documento é registrado no sistema. A assinatura digital fica pendente e, na próxima vez que o usuário acessar o sistema, verá todas as suas pendências, que deverão então ser assinadas. O Samis e a Comissão de Prontuários são responsáveis por auditarem o processo, exigindo dos usuários a assinatura de seus documentos. Médicos residentes só recebem o certificado de conclusão se não houver pendências em seu nome.

4.11. Cópias e impressões

O Conselho Federal de Medicina estabelece as normas para emissão de cópia de prontuário do paciente na Resolução 1605/2000 (Anexo 2). Todas as condutas adotadas pela Comissão de Prontuários do HCPA em relação à emissão de cópias do prontuário em papel e na impressão de documentos eletrônicos do prontuário estão baseadas nesta resolução.

São fornecidas cópias nas seguintes situações:

- Solicitação direta do paciente ou de seu representante legal devidamente identificado. Quando o paciente ou seu representante não pode comparecer pessoalmente ao hospital, é exigida uma solicitação por escrito com reconhecimento de firma e cópia de documento de identidade do solicitante.
- Solicitação do médico assistente para uso em sua defesa judicial.
- Solicitação de conselhos regionais ou federal de medicina para instauração de inquérito ou processo ético.
- Solicitações de autoridades judiciais quando acompanhadas de autorização expressa do paciente ou de seu representante legal. Na ausência desta autorização, o hospital tenta contato com o paciente para obtê-la. Na impossibilidade de localizá-lo, é enviada carta à autoridade judicial explicando a necessidade deste tipo de autorização e colocando o prontuário do paciente e a infraestrutura do Samis para consulta por perito médico nomeado por esta autoridade (anexo 3).
- Solicitações de informações de paciente encaminhadas por órgãos estatais para estudos epidemiológicos. Elas são fornecidas sem dados de identificação do paciente.
- Solicitações de informações a entidades pagadoras, tanto estatais quanto privadas. Restringem-se ao mínimo necessário para a documentação da conta hospitalar.

Solicitações que fujam às situações descritas são analisadas individualmente pela Consultoria Jurídica e pela Comissão de Prontuários. A liberação de cópias ou impressões só é autorizada nos casos em que o pedido configurar-se como “justa causa”.

4.12. Consulta a prontuários

Os documentos em papel do prontuário do paciente estão disponíveis nas dependências do Samis para consulta pelos profissionais de saúde do Clínicas envolvidos com a assistência ao paciente. Eram disponibilizados até três prontuários por profissional, sem necessidade de solicitação prévia. Para consulta a um número maior de prontuários, exigia-se uma justificativa e a solicitação deve ser feita com pelo menos 24 horas de antecedência. Aos médicos externos ou outros profissionais de saúde do HCPA era solicitada uma autorização por escrito do paciente ou de seu representante legal e uma declaração do profissional de que estava assistindo ao paciente e que a consulta associava-se à assistência (anexo 8). Médicos do trabalho a serviço de outras empresas não têm acesso ao prontuário sem a prévia autorização por escrito do paciente ou de seu representante legal. Médicos peritos designados por autoridade judicial têm a permissão de acesso ao prontuário em questão após sua devida identificação. Médicos auditores de convênios devidamente identificados acessam somente os documentos relacionados à auditoria em questão (anexos 5,6,7). Auditores de empresas seguradoras somente têm o acesso liberado após a autorização escrita e assinada pelo paciente ou seu representante legal. Pesquisadores podem acessar prontuários com a apresentação de liberação do GPPG, após a avaliação ética e técnica de sua pesquisa. Neste caso o acesso será restrito aos prontuários dos pacientes que participam do estudo. Estas decisões foram tomadas tendo como base as Resoluções do CFM 1605/2000 (anexo 2) e 1614/2001 (anexo 4).

A mesma lógica das regras previamente aplicadas ao prontuário em papel é válida para o prontuário eletrônico do paciente. Essas regras são traduzidas na ação “consultar”, da tabela de perfis de acesso. Diferentemente do papel, no prontuário eletrônico é possível segmentar as partes do documento que podem ser consultadas pelas diferentes categorias profissionais. Os profissionais de saúde, de forma geral, têm acesso liberado a todo o prontuário. Alguns funcionários administrativos têm acesso liberado aos dados clínicos, quando a consulta é fundamental à execução do seu trabalho, como por exemplo

funcionários do Samis e do Setor de Faturamento. Já secretários de unidades de internação e do Ambulatório só têm acesso a informações administrativas.

Um controle de datas também é aplicado ao prontuário. Considerando que as consultas rotineiras aos documentos do paciente devem ter como objetivo a assistência, o acesso só faz sentido se o paciente estiver em atendimento (em internação hospitalar, consulta ambulatorial, cirurgia ou procedimento diagnóstico). Desta forma, o acesso por profissionais de saúde que atuam exclusivamente no Clínicas, como médicos residentes, residentes multiprofissionais, enfermeiros, acadêmicos e outros profissionais, podem ser feitos cinco dias antes de um atendimento agendado (cirurgia, consulta, procedimento diagnóstico etc.), até quinze dias após a conclusão do mesmo. Os professores da Faculdade de Medicina da Ufrgs e os médicos contratados do hospital não são submetidos a esta restrição. Da mesma forma, os médicos que redigem laudos de exames (da Radiologia e da Medicina Nuclear, por exemplo) não têm restrições de data para consultas, já que frequentemente necessitam das informações do prontuário do paciente para a execução de seu trabalho.

4.13. Digitalização de documentos de prontuário

Uma grande quantidade de prontuários de pacientes foi armazenada no HCPA ao longo dos anos de funcionamento do hospital. Este número ultrapassa 1,3 milhões. O volume de papel gerado no atendimento aos pacientes ocupa uma área física crescente, apesar da informatização. Por isso em março de 2012 teve início um projeto de digitalização dos prontuários inativos (com mais de 20 anos), com a destruição dos originais em papel. A base legal para este processo é a resolução 1821/2007 do Conselho Federal de Medicina, que estabelece:

- Art. 2º Autorizar a digitalização dos prontuários dos pacientes, desde que o modo de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça a norma específica de digitalização contida

nos parágrafos abaixo e, após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários, as normas da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

- § 1º Os métodos de digitalização devem reproduzir todas as informações dos documentos originais.
- § 2º Os arquivos digitais oriundos da digitalização dos documentos do prontuário dos pacientes deverão ser controlados por sistema especializado (Gerenciamento eletrônico de documentos - GED), que possua, minimamente, as seguintes características:
 - Capacidade de utilizar base de dados adequada para o armazenamento dos arquivos digitalizados;
 - Método de indexação que permita criar um arquivamento organizado, possibilitando a pesquisa de maneira simples e eficiente;
 - Obediência aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde.

O referido nível de segurança NGS2 dita que documentos digitalizados devam ser assinados eletronicamente com a utilização do padrão da infraestrutura de chaves públicas do Brasil (ICP-Brasil) pelo operador do sistema e pelo responsável. Assim, cada documento deverá ser assinado duplamente.

No que se refere ao prazo de armazenamento de documentos de prontuário, a mesma resolução estabelece:

- Art. 7º Estabelecer a guarda permanente, considerando a evolução tecnológica, para os prontuários dos pacientes arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

- Art. 8º Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários dos pacientes em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmados ou digitalizados.

Aproximadamente um terço dos prontuários de paciente do HCPA são classificados como inativos, com o último registro tendo sido feito no documento há mais de dez anos. Pertencem a este grupo, os prontuários de pacientes que não comparecem ao HCPA há mais de 20 anos e que, portanto, conforme a resolução, podem ser destruídos.

O Clínicas já vinha destruindo documentos em papel de prontuários com mais de 20 anos, e digitalizando as informações relevantes, que eram gravadas em CDs e DVDs. Durante o processo de digitalização foi definido como seu objetivo principal a manutenção de toda informação clínica relevante e, para isso, foram criados critérios para definir os documentos e estabelecer a rotina de seleção. Parte da equipe de funcionários do Samis foi treinada e designada para esta tarefa. Recentemente, os arquivos passaram a ser transferidos para um sistema de gestão de documentos eletrônicos, como parte do novo projeto de digitalização de prontuários. Além disto, foi montada uma central de digitalização nas dependências do Samis, que digitaliza uma média de 300 mil folhas de prontuário por mês. Desde 2012 foram digitalizadas aproximadamente doze milhões e meio de folhas cento e quinze mil prontuários. O objetivo final é digitalizar todos os documentos (antigos e recentes) e acabar definitivamente com o prontuário em papel. A consulta às informações contidas nos documentos digitalizados será feita diretamente no prontuário on-line.

Os documentos de prontuários ativos também estão sendo digitalizados, embora em um ritmo menor. Eles igualmente estão disponíveis no Prontuário On Line, classificados segundo sua origem e data. Apesar da resolução 1821 permitir, e mesmo com a dupla assinatura digital, fizemos uma consulta ao CFM sobre a possibilidade de destruir os documentos originais em papel o que não foi autorizado.

4.14. Reimpressão de prescrição médica

A prescrição médica, assim como os demais documentos médicos do prontuário, é produzida no sistema e assinada eletronicamente. No ato da prescrição, é produzida uma cópia em papel para utilização da equipe de Enfermagem, que registra a administração dos itens de prescrição. Este processo é conhecido como “checagem da prescrição”. Eventualmente, pode ser necessária a reimpressão do documento, para a obtenção de uma versão atualizada. Esta reimpressão pode ser executada pelo enfermeiro responsável pelo paciente, e a checagem pode ser registrada na cópia reimpressa. Nesses casos, o sistema imprime também o nome do enfermeiro, não como autor da prescrição, mas como autor da reimpressão. A responsabilidade sobre os itens prescritos continua sendo do médico, e não do enfermeiro, que apenas reimprimiu uma cópia do documento original eletrônico.

Até o presente momento, não está implantado o sistema eletrônico de checagem da prescrição em todas as unidades do hospital. No momento que estiver em produção, a prescrição médica deixará de ser impressa rotineiramente, ficando somente o original eletrônico.

Anexo 1 - Resolução da Presidência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sobre a utilização de recursos de informática

A Administração Central do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no uso de suas atribuições, visando definir normas que disciplinem a utilização de ativos de Tecnologia da Informação (TI) neste Hospital,

D E C I D E:

Art. 1º - Adotar as seguintes normas relativas à utilização dos ativos de TI no âmbito do HCPA:

I - define-se como “ativos de TI” os recursos de informática, tais como equipamentos, aplicativos, arquivos de dados, identificação do usuário e senha; define-se como “rede corporativa”, o ambiente de equipamentos e serviços interligados, dotado de recursos de segurança para proteção dos Bancos de Dados e demais informações Institucionais; define-se como “rede visitantes” o segmento de rede com ou sem fio, logicamente isolado da rede corporativa, para uso de pacientes, fornecedores, professores, pesquisadores, alunos e funcionários com equipamentos próprios.

II - o acesso a qualquer ativo de TI, no HCPA, constitui privilégio intransferível dos usuários, no âmbito da infraestrutura de TI, autorizados pela Instituição.

III - os ativos de TI do HCPA, destinam-se ao desenvolvimento das atividades inerentes à Missão da Instituição.

IV - os equipamentos de informática ligados à rede corporativa devem ser de propriedade do HCPA ou estar em regime de cessão de uso a título gratuito ou oneroso.

V - as solicitações de aquisições de novos equipamentos de informática devem ser analisadas previamente pela Coordenadoria de Gestão da Tecnologia da Informação (CGTI) para elaboração da Descrição Técnica.

VI - a elaboração de projetos que envolvam ativos de TI a serem

conectados na rede corporativa deve ser precedida de consulta ao Comitê de TI, através do formulário específico.

VII - é responsabilidade dos usuários de ativos de TI a observância dos princípios éticos, dos direitos autorais, de todos os acordos de licenciamentos obrigatórios para a instalação e uso de programas e o cumprimento da legislação pertinente.

VIII - é permitido aos pacientes, funcionários, professores, pesquisadores, alunos e fornecedores a conexão de seus equipamentos à rede visitantes, após autorização prévia da CGTI.

IX - as conexões para manutenção local ou remota dos servidores instalados no DATACENTER deverão ser regradas conforme as determinações da CGTI.

X - é direito do HCPA assegurar a observância dos princípios éticos, bem como a obrigação de supervisionar o cumprimento da legislação vigente e das normas constantes nesta Decisão.

Art. 2º - Garantir a segurança e o acesso exclusivo dos usuários da rede corporativa aos ativos de TI do HCPA aplicando as seguintes determinações:

I - é vedada ao usuário a facilitação do acesso a terceiros, não autorizados, aos ativos de TI.

II - é obrigação do usuário a proteção de sua senha.

III - é responsabilidade do usuário manter cópia de segurança dos arquivos armazenados na respectiva estação de trabalho.

IV - é vedado ao usuário o uso da identificação e senha de outra pessoa.

V - é vedada ao usuário a instalação de dispositivos para acesso externo em equipamentos ligados à rede.

VI - é obrigação do usuário seguir as medidas estabelecidas pela CGTI para a proteção contra toda e qualquer ameaça que comprometa os ativos de TI.

Art. 3º - Assegurar que os ativos de TI do HCPA sejam utilizados pelos usuários da rede corporativa para a consecução de seus fins precípuos, sem desperdício, comprometimento do ambiente computacional e respeitando a moral e os bons costumes, estabelecendo as seguintes determinações:

I - é vedado o uso dos ativos de TI visando ganhos financeiros ou benefício pessoal, que não estejam vinculados a atividade funcional do usuário.

II - é vedada a utilização dos ativos de TI para produção, obtenção, armazenamento e remessa de imagens, de documentos e arquivos que veiculem conteúdos que atentem à moral ou apregoem qualquer forma de discriminação.

III - é vedada a apropriação indevida de arquivos eletrônicos, a violação da confidencialidade e da privacidade das informações institucionais, a prática de danos aos ambientes operacionais e qualquer outra conduta inadequada na utilização dos ativos de TI.

IV - é vedada a conexão ou desconexão da rede corporativa de qualquer equipamento de informática sem prévia autorização expressa da CGTI.

V - é vedado o fornecimento de insumos pelo HCPA para equipamentos que não sejam de sua propriedade.

Art. 4º - Garantir que os equipamentos na rede corporativa possuam apenas programas legalmente instalados. Para isso, ficam expressamente proibidas as seguintes ações:

I - fornecer a outrem e/ou reter para uso próprio cópia(s) de programa(s) protegido(s) por copyright ou licenciamento, mesmo que o(s) programa(s) seja(m) sem custo e/ou para uma finalidade educacional, a menos que haja cláusula expressa no contrato de licenciamento que o permita.

II - instalar ou desinstalar qualquer tipo de programa dos

equipamentos ligados à rede corporativa, sem a prévia autorização da CGTI.

Art. 5º - A CGTI fica autorizada a realizar auditorias periódicas, através de funcionários capacitados e autorizados para tal, e, sempre que houver necessidade, visando o cumprimento da presente Decisão, verificar o conteúdo das informações que trafegam na rede ou que estejam armazenadas em equipamentos instalados no HCPA.

Art. 6º - Cabe à CGTI regulamentar a presente Decisão, através de Normas Internas.

Art. 7º - O desrespeito às normas constantes na presente Decisão configurará indisciplina, acarretando ao infrator a suspensão imediata dos privilégios de acesso e do uso dos ativos de TI do HCPA, sem prejuízo das ações disciplinares, judiciais e extrajudiciais cabíveis.

Art. 8º - Ficam revogadas todas as disposições institucionais em contrário, incluindo a Decisão 05 de 12/12/2000.

Art. 9º Esta Decisão entra em vigor nesta data.

Porto Alegre, 05 de julho de 2010

Prof. Amarilio Vieira de Macedo Neto,
Presidente.

Prof. Sérgio Pinto Ribeiro,
Vice-Presidente Médico.

Bel. Tanira Andreatta Torelly Pinto,
Vice-Presidente Administrativo.

Anexo 2 - Resolução 1605 do Conselho Federal de Medicina sobre a cópia de documentos de prontuário do paciente

RESOLUÇÃO CFM nº 1.605/2000

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o disposto no art. 154 do Código Penal Brasileiro e no art. 66 da Lei das Contravenções Penais;

CONSIDERANDO a força de lei que possuem os artigos 11 e 102 do Código de Ética Médica, que vedam ao médico a revelação de fato de que venha a ter conhecimento em virtude da profissão, salvo justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente;

CONSIDERANDO que o sigilo médico é instituído em favor do paciente, o que encontra suporte na garantia insculpida no art. 5º, inciso X, da Constituição Federal;

CONSIDERANDO que o “dever legal” se restringe à ocorrência de doenças de comunicação obrigatória, de acordo com o disposto no art. 269 do Código Penal, ou à ocorrência de crime de ação penal pública incondicionada, cuja comunicação não exponha o paciente a procedimento criminal conforme os incisos I e II do art. 66 da Lei de Contravenções Penais;

CONSIDERANDO que a lei penal só obriga a “comunicação”, o que não implica a remessa da ficha ou

CONSIDERANDO que a ficha ou prontuário médico não inclui apenas o atendimento específico, mas toda a situação médica do paciente, cuja

revelação poderia fazer com que o mesmo sonegasse informações, prejudicando seu tratamento;

CONSIDERANDO a frequente ocorrência de requisições de autoridades judiciais, policiais e do Ministério Público relativamente a prontuários médicos e fichas médicas;

CONSIDERANDO que é ilegal a requisição judicial de documentos médicos quando há outros meios de obtenção da informação necessária como prova;

CONSIDERANDO o parecer CFM nº 22/2000;

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária de 15.9.00,

RESOLVE:

Art. 1º - O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica.

Art. 2º - Nos casos do art. 269 do Código Penal, onde a comunicação de doença é compulsória, o dever do médico restringe-se exclusivamente a comunicar tal fato à autoridade competente, sendo proibida a remessa do prontuário médico do paciente.

Art. 3º - Na investigação da hipótese de cometimento de crime o médico está impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo criminal.

Art. 4º - Se na instrução de processo criminal for requisitada, por autoridade judiciária competente, a apresentação do conteúdo do prontuário ou da ficha médica, o médico disponibilizará os documentos ao perito nomeado pelo juiz, para que neles seja realizada perícia restrita aos fatos em questionamento.

Art. 5º - Se houver autorização expressa do paciente, tanto na solicitação como em documento diverso, o médico poderá encaminhar a ficha ou prontuário médico diretamente à autoridade requisitante.

Art. 6º - O médico deverá fornecer cópia da ficha ou do prontuário médico desde que solicitado pelo paciente ou requisitado pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina.

Art. 7º - Para sua defesa judicial, o médico poderá apresentar a ficha ou prontuário médico à autoridade competente, solicitando que a matéria seja mantida em segredo de justiça.

Art. 8º - Nos casos não previstos nesta resolução e sempre que houver conflito no tocante à remessa ou não dos documentos à autoridade requisitante, o médico deverá consultar o Conselho de Medicina, onde mantém sua inscrição, quanto ao procedimento a ser adotado.

Art. 9º - Ficam revogadas as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM nº 999/80.

Brasília-DF, 15 de setembro de 2.000.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA

Secretário-Geral

Anexo 3 - Carta resposta a autoridade judicial para solicitação de cópia ou impressão de prontuário do paciente

COMISSÃO DE PRONTUÁRIOS DE PACIENTES

DE: Coordenação da Comissão de Prontuários do Paciente

DATA: _____

PARA: Dr(a). _____ - Consultoria Jurídica do Hospital de Clínicas

ASSUNTO: Solicitação judicial de informações de paciente

Prezado Dr(a). _____:

Em atenção ao ofício de número ____/____, do Exmo(a) Sr(a). Juiz(a) _____ solicitando cópias de documentos do prontuário do(a) paciente _____, informamos que o parecer desta Comissão é no sentido de atender ao que determinam o Código Penal Brasileiro (artigo 10), o Código de Ética Médica e o Conselho Federal de Medicina em relação às questões éticas e legais do sigilo e privacidade das informações contidas em prontuário. Este Conselho determinou, em sua resolução no 1.605 de 15/09/2000, que:

Art.. 1o: O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário....

Art. 4o: Se, na instrução de processo, for requisitada, por autoridade judiciária competente, a apresentação do conteúdo do prontuário., o médico disponibilizará os documentos ao perito nomeado pelo Juiz, para que neles seja realizada perícia restrita aos fatos em questionamento.

Art. 5o: Se houver autorização expressa do paciente ou responsável... o médico poderá encaminhar a ficha ou prontuário médico diretamente à autoridade requisitante.

Portanto, esta Comissão se posiciona no sentido de informar à autoridade solicitante de que o referido prontuário já está à disposição do perito que vier a ser nomeado judicialmente, para consulta local nas dependências deste Hospital mas que o envio de cópias de documentos do prontuário será feito mediante autorização expressa do paciente ou de seu representante legal. Para tanto, já estamos tentando localizar o paciente através de seu endereço cadastrado, com o objetivo de consultá-lo sobre esta autorização.

Esclarecemos que é de nosso maior interesse cooperar com as autoridades judiciais mas que também é um imperativo de nossa profissão o fiel cumprimento das determinações do Conselho Federal de Medicina. Outros esclarecimentos podem ser buscados junto ao Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (Av. Princesa Isabel, 921 CEP 90620-001, fone 219-7544, fax 217-1968, e-mail cremers@cremers.com.br).

Atenciosamente,

Comissão de Prontuários

Anexo 4 - Resolução 1614/2001 do Conselho Federal de Medicina a respeito de auditoria médica de prontuário do paciente

RESOLUÇÃO CFM nº 1.614/2001

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a necessidade de disciplinar a fiscalização praticada nos atos médicos pelos serviços contratantes de saúde;

CONSIDERANDO que a auditoria do ato médico constitui-se em importante mecanismo de controle e avaliação dos recursos e procedimentos adotados, visando sua resolubilidade e melhoria na qualidade da prestação dos serviços;

CONSIDERANDO que a auditoria médica caracteriza-se como ato médico, por exigir conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão;

CONSIDERANDO que o médico investido da função de auditor encontra-se sob a égide do preceituado no Código de Ética Médica, em especial o constante nos artigos 8º, 16, 19, 81, 108, 118 e 121;

CONSIDERANDO o disposto no Decreto nº 20.931/32;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 8 de fevereiro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º - O médico, no exercício de auditoria, deverá estar regularizado no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde ocorreu a prestação do serviço auditado.

Art. 2º - As empresas de auditoria médica e seus responsáveis técnicos deverão estar devidamente registrados nos Conselhos Regionais de Medicina das jurisdições onde seus contratantes estiverem atuando.

Art. 3º - Na função de auditor, o médico deverá identificar-se, de forma clara, em todos os seus atos, fazendo constar, sempre, o número de seu registro no Conselho Regional de Medicina.

Art. 4º - O médico, na função de auditor, deverá apresentar-se ao diretor técnico ou substituto da unidade, antes de iniciar suas atividades.

Art. 5º - O diretor técnico ou diretor clínico deve garantir ao médico/equipe auditora todas as condições para o bom desempenho de suas atividades, bem como o acesso aos documentos que se fizerem necessários.

Art. 6º - O médico, na função de auditor, se obriga a manter o sigilo profissional, devendo, sempre que necessário, comunicar a quem de direito e por escrito suas observações, conclusões e recomendações, sendo-lhe vedado realizar anotações no prontuário do paciente.

Parágrafo 1º - É vedado ao médico, na função de auditor, divulgar suas observações, conclusões ou recomendações, exceto por justa causa ou dever legal.

Parágrafo 2º - O médico, na função de auditor, não pode, em seu relatório, exagerar ou omitir fatos decorrentes do exercício de suas funções.

Parágrafo 3º - Poderá o médico na função de auditor solicitar por escrito, ao médico assistente, os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades.

Parágrafo 4º - Concluindo haver indícios de ilícito ético, o médico, na função de auditor, obriga-se a comunicá-los ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 7º - O médico, na função de auditor, tem o direito de acessar, in

loco, toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal.

Parágrafo 1º - Havendo identificação de indícios de irregularidades no atendimento do paciente, cuja comprovação necessite de análise do prontuário médico, é permitida a retirada de cópias exclusivamente para fins de instrução da auditoria.

Parágrafo 2º - O médico assistente deve ser antecipadamente cientificado quando da necessidade do exame do paciente, sendo-lhe facultado estar presente durante o exame.

Parágrafo 3º - O médico, na função de auditor, só poderá acompanhar procedimentos no paciente com autorização do mesmo, ou representante legal e/ou do seu médico assistente.

Art. 8º - É vedado ao médico, na função de auditor, autorizar, vetar, bem como modificar, procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos solicitados, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente.

Art. 9º - O médico, na função de auditor, encontrando impropriedades ou irregularidades na prestação do serviço ao paciente, deve comunicar o fato por escrito ao médico assistente, solicitando os esclarecimentos necessários para fundamentar suas recomendações.

Art. 10 - O médico, na função de auditor, quando integrante de equipe multiprofissional de auditoria, deve respeitar a liberdade e independência dos outros profissionais sem, todavia, permitir a quebra do sigilo médico.

Parágrafo único – É vedado ao médico, na função de auditor, transferir

sua competência a outros profissionais, mesmo quando integrantes de sua equipe.

Art. 11 – Não compete ao médico, na função de auditor, a aplicação de quaisquer medidas punitivas ao médico assistente ou instituição de saúde, cabendo-lhe somente recomendar as medidas corretivas em seu relatório, para o fiel cumprimento da prestação da assistência médica.

Art. 12 – É vedado ao médico, na função de auditor, propor ou intermediar acordos entre as partes contratante e prestadora que visem restrições ou limitações ao exercício da Medicina, bem como aspectos pecuniários.

Art. 13 – O médico, na função de auditor, não pode ser remunerado ou gratificado por valores vinculados à glosa.

Art. 14 – Esta resolução aplica-se a todas as auditorias assistenciais, e não apenas àquelas no âmbito do SUS.

Art. 15 – Fica revogada a Resolução CFM nº 1.466/96.

Art. 16 – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 8 de fevereiro de 2001

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
SANTOS SILVA

RUBENS DOS

Presidente
Secretário-Geral

RETIFICAÇÃO PUBLICADA NO

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

DE: 10/04/2001

Anexo 5 - Parecer 2/1994 do Conselho Federal de Medicina a respeito de auditoria médica de prontuário do paciente

PROCESSO-CONSULTA CFM N.º 4842/93.
PC/CFM/Nº 02/94

INTERESSADO: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

ASSUNTO: FORNECIMENTO DE PRONTUÁRIO PARA AUDITORIAS DO SUS E OUTROS TOMADORES DE SERVIÇOS E PARA AUTORIDADES JUDICIÁRIAS.

CONSELHEIRO RELATOR: NEI MOREIRA DA SILVA

Em 10/11/93 o ilustre Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo enviou ofício a este Conselho Federal formulando consulta sobre se devem as instituições prestadoras de serviços médicos enviar prontuários de seus pacientes para as auditorias do SUS e de outras instituições tomadoras de serviços médicos quando por estas solicitados. Estende tal questionamento a quando a solicitação provir do Poder Judiciário. Explica o consulente que em seu Estado, freqüentemente, em tais circunstâncias, ocorriam extravios de prontuários causando perda de dados clínicos de grande valia para possível seguimento daquele paciente em seus futuros retornos aquela instituição. Objetou, ainda, o consulente, lembrando o prejuízo para as ações fiscalizadoras do Conselho Regional de Medicina que tais perdas representam. Preocupa-se, também, o Presidente daquele Regional, com possíveis infringências ao estatuto do sigilo profissional decorrente do aumento do universo de pessoas, principalmente não médicos, que passariam a ter acesso àquelas informações contidas

nesses prontuários.

Anexou à presente consulta cópia do Parecer Consulta 008/93, aprovado naquela Casa, em 05/10/93, sobre tal matéria, que concluiu:

(O diretor) “que encaminhar cópia de prontuário a ser examinado fora das dependências do Hospital infringe o Código de Ética Médica”.

Demonstrando preocupação com a questão, em 25/11/93, encaminhou novo ofício a este Conselho Federal reiterando os termos da consulta inicial e encaminhando cópia de ofício no qual o Chefe do Serviço de Controle e Avaliação do Sistema Ambulatorial, Hospitalar e Complementar comenta as competências do seu serviço, as irregularidades mais freqüentemente encontradas e menciona não dispor de auditores e viaturas para cobertura dos hospitais do interior bem como da inconveniência de que as auditorias sejam feitas “in loco” pois “permite contacto do supervisor com o supervisionado”. Ainda segundo o Chefe do SISAC, os hospitais geralmente não dispõem “de local adequado para estas supervisões.”

Em 09/12 pp esta consulta nos foi encaminhada.

As preocupações trazidas pelo consulente são procedentes e relevantes. Tal questão repriza-se em todo o País, com certeza. De um lado o direito dos tomadores de serviços médicos, de verificar a prestação desses mesmos serviços, direito legítimo de qualquer consumidor, direito que se torna até mesmo um dever, especialmente quando o contratante for o poder público. Do outro lado as legítimas preocupações manifestadas pelo consulente.

Isto posto, como conduzir a pendência? Pensamos que este Conselho, de forma mais ou menos direta, já se pronunciou várias vezes sobre o tema, através de pareceres de inúmeros Conselheiros, uns que ainda iluminam esta Casa com suas sabedoria, outros que deixaram por cá a lembrança de sua competência e dedicação.

Assim, resta-nos reafirmar que o prontuários do paciente, contendo dados de interesse médico, não é instrumento de cobrança de serviços e sim repositório da sua vida médica, pertencendo a ele, paciente e a instituição que tem a sua posse no sentido físico e é responsável pela sua guarda por período indeterminado, podendo, após certo prazo, resumi-lo e armazená-lo em filmes ou discos magnéticos, se assim o preferir. O acesso a estes dados estará sempre condicionado ao dever legal, aos interesses do paciente e a justa causa, na defesa dos interesses de terceiros, quando estes se sobrepuserem aos do indivíduo. É o que ensina Genival Veloso de França em sua obra *Direito Médico*, Fundo Editorial, BYK 5ª edição, pg 130:

“A revelação do segredo médico não pode constituir um crime quando feita pela necessidade de proteger-se um interesse contrário mais importante. No confronto de dois bens, o Direito aprova e consente o sacrifício do menos valioso.”

Entendemos que o acesso ao prontuário pela figura do auditor enquadra-se no princípio do dever legal, já que tem o mesmo tem atribuições de peritagem sobre a cobrança dos serviços prestados pela entidade, cabendo ao mesmo opinar pela regularidade dos procedimentos efetuados e cobrados. Tem, assim, para bem exercer seu mister, de munir-se de volume suficiente de dados que permitam correta avaliação da matéria. Tem direito o auditor, inclusive, de examinar o paciente, para confrontar o descrito no prontuário com o real estado do paciente, tudo porém em perfeita sintonia com o que determina o vigente Código de Ética Médica.

Outra coisa, porém, é a instituição prestadora de serviços médicos ser obrigada a enviar os prontuários aos seus contratantes públicos ou privados. As razões elencadas pelo consulente são mais do suficiente para julgarmos impróprio tal procedimento. Mesmo se considerarmos que todos os personagens envolvidos na auditoria, médicos ou não, estão submetidos ao princípio do sigilo profissional, estatuído no

art. 154 do nosso vetusto Código Penal, entendemos de boa norma restringir ao mínimo necessário o número de contactantes com aquelas informações. A possibilidade de extravio é outro inconveniente bem lembrado na consulta. Apesar de, nesses casos, poder-se responsabilizar o depositário infiel pelo dano decorrente da perda dos prontuários e, no caso de médico, ainda responsabilizá-lo eticamente como negligente no desempenho de suas funções. Assim, não consideramos como justificativas válidas as mencionadas no documento originado da SISAC posto que se trate de defeitos conjunturais, cabendo sua resolução aos gestores do SUS, a quem compete prover seus auditores de condições adequadas ao bom desempenho de suas funções, que reputamos de grande importância. O que não se pode é, para suprir tais deficiências, incorre-se em outro erro. Que o SUS, implementado sua política de descentralização, descentralize-se de fato, inclusive na auditoria, implantando níveis Regionais e Locais de auditoria. Discordamos ainda do entendimento de que o contacto direto entre auditor e auditados seja nefasto. Pelo contrário, que maneira melhor de se esclarecer possíveis dúvidas se não o diálogo, “vis a vis,” entre os dois protagonistas? Tal diálogo só se torna negativo quando for, na realidade, monólogo impositivo, sentença sem julgamento, julgamento sem defesa. Os hospitais não têm estrutura? Mas que estrutura ser essa, tão complexa para função tão burocrática? Que hospitais serão esses, que têm estrutura para atender pessoas doentes mas não têm, sequer, uma mesa em uma sala - que tal a própria sala do faturamento - para atender o auditor?

Em relação as solicitações da Justiça, devem ser recebidas com toda a consideração merecida por aquele Poder, porém declinando-se de atender, sugerindo-se que o Meritíssimo Juiz designe um médico - perito, o qual ter acesso ao prontuário na instituição e dele poderá retirar as informações necessárias para o atendimento à solicitação judicial.

Quanto ao envio do prontuário ou cópia do mesmo, por determinação

da Justiça, o próprio Supremo Tribunal Federal estabeleceu jurisprudência sobre o tema no acórdão do Recurso Extraordinário Criminal nº 91.218-5-SP, 2ª Turma - Recorrente: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - Recorrido: Juiz de Direito da Vara Auxiliar do 2º Tribunal do Júri de São Paulo, em 10/11/81, sendo Presidente e Relator o Ministro Djaci Falcão, cuja ementa oficial reza:

“Ementa oficial: Segredo profissional. A obrigatoriedade do sigilo profissional do médico não tem caráter absoluto. A matéria, pela sua delicadeza, reclama diversidade de tratamento diante das particularidades de cada caso.”

A revelação do segredo médico em caso de investigação de possível abortamento criminoso faz-se necessária em termos, com ressalvas do interesse do cliente. Na espécie, o Hospital pôs a ficha clínica à disposição de perito médico, que ‘não estará preso ao segredo profissional, devendo, entretanto, guardar sigilo pericial’ (art. 87 do Código de Ética Médica). Por que se exigir a requisição da ficha clínica? Nas circunstâncias do caso, o nosocômio, de modo cauteloso, procurou resguardar o segredo profissional. Outrossim, a concessão do writ, anulando o ato da autoridade coatora, não impede o prosseguimento regular da apuração da responsabilidade criminal de quem se achar em culpa.

Recurso Extraordinário conhecido, em face da divergência jurisprudencial, e provido. Decisão tomada por maioria de votos.

(RT, 562, agosto de 1982, pág. 407/425)

É o parecer, à consideração do Plenário.

Brasília, 10 de janeiro de 1994.

NEI MOREIRA DA SILVA

Conselheiro Relator

Aprovado na Sessão Plenária

Dia 13/01/94

Anexo 6 - Parecer 12/2010 do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul a respeito de auditoria médica de prontuário do paciente

CONSULENTE: Diretoria do Cremers

CONSULTOR: Dr. Jorge Alcibíades Perrone de Oliveira

PROTOCOLO: 12.187 de 16 de abril de 2010

ASSUNTO: Requisição Judicial de Prontuário

REQUISIÇÃO DE PRONTUÁRIO. Manutenção da orientação LEGAL e ÉTICA de que o médico só pode revelar informação coberta pelo sigilo se houver expresse consentimento do paciente, em proteção de cuja intimidade o sigilo existe (como consequência da garantia constitucional da privacidade e intimidade).

Havendo necessidade da informação (e não prontuário fisicamente) ou de informações contidas no prontuário ou ficha de atendimento, o magistrado a ela(s) terá acesso mediante nomeação de perito, que se manifestará **RESTRITO AO OBJETO DA INVESTIGAÇÃO**, sendo-lhe vedada referência a **OUTRAS INFORMAÇÕES**, cobertas pelo sigilo.

Solução apontada pelo STF, ante eventuais conflitos entre o interesse privado - do paciente- e o público- de investigação processual.

Exigência de LAUDO por parte de médico assistente. Inviabilidade. A emissão de laudo é ATO PERICIAL e ao médico é VEDADO SER PERITO DE SEU PRÓPRIO PACIENTE,

conforme o Código de Ética Médica.

Em caso de ação promovida por paciente para obter benefício previdenciário, o consentimento pode ser expresso, ou contido no próprio pedido de que essa informação venha aos autos. Só na NEGATIVA do paciente é que o Juiz pode, se entender necessária a informação para o deslinde da causa, ter acesso à informação, MEDIANTE A NOMEAÇÃO DE PERITO, a quem o médico assistente deverá disponibilizar as informações (prontuário ou ficha).

Vem a exame, por decisão da Diretoria deste Conselho, o protocolo supramencionado, e em anexo despacho do Dr. GUILHERME BRUST BRUN, referente à requisição por parte do MM. Juiz da 3ª Vara do Juizado Especial Federal Previdenciário, dirigida ao Dr. AR, de prontuário da paciente TCV.

O despacho do em. advogado integrante do quadro deste Conselho está ABSOLUTAMENTE CORRETO, ao expor a posição a respeito do tema da requisição tanto do CONSELHO REGIONAL QUANTO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.

De fato, o sigilo médico é uma consequência legal do PRINCÍPIO CONSTITUCIONAL DA PRIVACIDADE da pessoa. O paciente é o TITULAR DO PRONTUÁRIO (ESPECIALMENTE DAS INFORMAÇÕES NELE CONTIDAS, que é o ponto fundamental).

Para reforçar o efeito do princípio, o legislador brasileiro tornou CRIME a revelação de informação obtida sob sigilo (art. 154 do CP). Da mesma forma, o legislador civil impõe o DEVER DE INDENIZAR acaso DESCUMPRIDA A OBRIGAÇÃO.

Nessa mesma linha de raciocínio, o CÓDIGO DE ÉTICA ANTERIOR (desde o longínquo Código de Deontologia Médica, adotado pela Lei 3.268/57) E O ATUAL, SEMPRE VEDARAM AO MÉDICO (portanto houve imposição do sigilo como DEVER ÉTICO, cujo descumprimento implica FALTA ÉTICA).

O atual Código, no art. 89, REPRODUZIU RESOLUÇÃO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, que já disciplinara a questão da REQUISIÇÃO, seja pelo Judiciário, seja pelo Ministério Público.

O SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL desde muito tempo SEMPRE VEM ENTENDENDO DE PRESERVAR O SIGILO, estabelecendo ser constrangimento ilegal exigir a revelação, como é exemplo o aresto mencionado no despacho.

Todavia, entre o possível conflito entre o interesse público (p. ex. na investigação de um crime) e o privado (do paciente), o próprio Pretório Excelso apontou a SOLUÇÃO LEGAL – A NOMEAÇÃO DO PERITO PARA QUE, NOS LIMITES DA INVESTIGAÇÃO, EXAMINE O PRONTUÁRIO (OU SEJA, AS INFORMAÇÕES NELE CONTIDAS), E, SOB SIGILO PERICIAL, FORNEÇA LAUDO SOBRE O QUE FOR QUESTIONADO.

Essa é a solução da Resolução do CFM, agora reproduzida no novo CEM.

Em resumo, o STF estabeleceu que a ORDEM JUDICIAL EM SI NÃO É JUSTA CAUSA PARA A REQUISIÇÃO DO PRONTUÁRIO. O Juiz, se entender necessário para o deslinde do feito ter acesso às informações contidas no prontuário, PODE REQUISITAR TAL ACESSO, ASSIM JUSTIFICANDO. Mas, insista-se, o Juiz pode requisitar acesso ÀS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PRONTUÁRIO E QUE DIGAM RESPEITO AO OBJETO DA CAUSA, POIS SÓ SOBRE ELAS HAVERÁ DE SE MANIFESTAR O PERITO...

Disso resulta que A LEI PROTEGE A INTIMIDADE DO PACIENTE, NA MEDIDA EM QUE NO PRONTUÁRIO ESTÃO PRESENTES TODAS AS INFORMAÇÕES DO PACIENTE, E QUE MUITAS VEZES DIZEM UNICAMENTE RESPEITO À SUA PRIVACIDADE. Não seria razoável que o legislador autorizasse o JUIZ A INVADIR ESSA PRIVACIDADE, passando a tomar conhecimento de informações ALHEIAS AO OBJETO DO PROCESSO OU DA INVESTIGAÇÃO e que são UNICAMENTE DA ESFERA DA PESSOA (QUE AS EXPÕE AO SEU MÉDICO na relação de confiança

que é a base certa e milenar da relação médico-paciente...).

A SÁBIA DECISÃO DO STF atentou para esse ponto de extrema relevância – daí o cingir o acesso às informações UNICAMENTE NECESSÁRIAS AO OBJETO DA PERÍCIA, FICANDO O PERITO SUJEITO AO ABSOLUTO SIGILO QUANTO A OUTRAS INFORMAÇÕES A QUE EVENTUALMENTE TENHA ACESSO AO COMPULSAR O PRONTUÁRIO...

Não se pode admitir que por REQUISIÇÃO, ainda que Judicial, tais informações, que SÃO DA PESSOA, COMO PARTE DA SUA INTIMIDADE, venham a ser EXPOSTAS EM PROCESSO (às vezes público, se não correr em “Segredo de Justiça”). Além disso, é forçoso convir que mesmo que não haja “acesso público”, no mínimo pessoas ESTRANHAS TERÃO ACESSO (COMO, POR EXEMPLO, SERVENTUÁRIOS...).

Em consequência, não há qualquer intenção de “resistir ao cumprimento de ordem judicial” na orientação (determinação) do CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, e sim apenas mostrar que A REQUISIÇÃO É EXCEPCIONAL E DEVE SER SEMPRE FUNDAMENTADA, PARA SE SOBREPOR AO DIREITO DO PACIENTE À PRIVACIDADE E AO RESGUARDO DE SUA INTIMIDADE, que são, como dito, garantias constitucionais.

Em vista disso, nada tenho a acrescentar ao despacho retromencionado, que segue as disposições legais e éticas.

No entanto, examinando os documentos, em especial o Ofício da Vara, verifico que a requisição, embora mencione a “REMESSA DE PRONTUÁRIO OU FICHA DE ATENDIMENTO” da paciente em questão, OU “LAUDO DETALHADO SOBRE A MOLÉSTIA E SEU DESENVOLVIMENTO E INDICANDO O INÍCIO DA DOENÇA E DA INCAPACIDADE PARA O TRABALHO”.

Penso que o que está ocorrendo, em verdade é o um “ruído de comunicação”. O magistrado EM VERDADE não quer O PRONTUÁRIO E SIM PRECISAS INFORMAÇÃO NELE CONTIDAS (tanto que requisita LAUDO).

Ao que tudo indica, cuida-se de ação PROMOVIDA PELA PACIENTE para obter algum benefício previdenciário que lhe está sendo negado. Portanto, a INFORMAÇÃO PODE ATÉ TER SIDO OBJETO DE PEDIDO DA PACIENTE NOS AUTOS, o que a meu sentir SUPRIRIA DE TODA FORMA O CONSENTIMENTO EXPRESSO. Se não foi, NADA IMPEDE QUE SEJA COLHIDO NOS AUTOS O SEU CONSENTIMENTO.

No entanto, se ela se NEGA, o Juiz ainda assim pode ter, NO INTERESSE PÚBLICO DA VERDADE, necessidade da informação.

Parece, pois, razoável propor que essa REQUISIÇÃO se baseie no consentimento (seja expresso, seja aquele decorrente do pedido da própria autora). Isso importa em que se ESSA INFORMAÇÃO VIER, NELA E NÃO NA REQUISIÇÃO EM SI – QUE POR SI SÓ JÁ SE VIU NÃO É “JUSTA CAUSA” – É QUE ESTARÁ A PERMISSÃO PARA QUE A INFORMAÇÃO SEJA PRESTADA.

Se há recusa, porém, da paciente, o Juiz ainda assim poder REQUISITAR O ACESSO À INFORMAÇÃO, QUE SE DARÁ ENTÃO POR PERITO, POR ELE DESIGNADO E NOS LIMITES JÁ APONTADOS, ATÉ PELO PRÓPRIO OFÍCIO...

Não se pode exigir do médico “LAUDO”, PORQUE ESTE É ATO DE PERITO, E AO MÉDICO ASSISTENTE É VEDADO SER PERITO DO PRÓPRIO PACIENTE, POR DISPOSIÇÃO TAMBÉM DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA.

Sugiro, assim, seja remetida ao em. magistrado (e se for o caso ao Corregedor) requisitante CÓPIA DO DESPACHO E DESTE PARECER, ponderando se proceda da forma aqui preconizada, ou seja, VINDO A INFORMAÇÃO DE QUE A PACIENTE POR SI PRÓPRIA PEDIU AS INFORMAÇÕES, DENTRO DO PROCESSO, OU QUE MANIFESTOU

EXPRESSA CONCORDÂNCIA, A INFORMAÇÃO E NÃO O PRONTUÁRIO INTEGRAL SEJA REMETIDA. Caso haja recusa ao consentimento, O JUIZ, TENDO COMO NECESSÁRIA A INFORMAÇÃO, TERÁ A ELA ACESSO MEDIANTE PERITO NOMEADO, SENDO POSTO O PRONTUÁRIO OU FICHA À DISPOSIÇÃO, PARA A OBTENÇÃO DAS INFORMAÇÕES. E SÓ PARA ISSO, UMA VEZ QUE AS DEMAIS INFORMAÇÕES DEVEM CONTINUAR COBERTAS PELO SIGILO, conforme orientação do SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL.

Com isso se evitaria, a meu sentir, a ILEGALIDADE DA BUSCA E APREENSÃO DO DOCUMENTO, que o médico NÃO DEVE ENTREGAR, por ser a ordem MANIFESTAMENTE ILEGAL.

É o parecer.

Porto Alegre, 10 de maio de 2010.

Dr. Jorge Alcibíades Perrone de Oliveira
Coordenador da Assessoria Jurídica

Anexo 7 - Resolução 1821/2007 do Conselho Federal de Medicina a respeito de normas técnicas concernentes à digitalização e uso de sistemas informatizados de prontuário de pacientes

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.821/07

(Publicada no D.O.U. de 23 nov. 2007, Seção I, pg. 252)

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.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar um prontuário para cada paciente a que assiste;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina (CFM) é a autoridade certificadora dos médicos do Brasil (AC) e distribuirá o CRM-Digital aos médicos interessados, que será um certificado padrão ICP-Brasil;

CONSIDERANDO que as unidades de serviços de apoio, diagnóstico e terapêutica têm documentos próprios, que fazem parte dos prontuários dos pacientes;

CONSIDERANDO o crescente volume de documentos armazenados

pelos vários tipos de estabelecimentos de saúde, conforme definição de tipos de unidades do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO os avanços da tecnologia da informação e de telecomunicações, que oferecem novos métodos de armazenamento e transmissão de dados;

CONSIDERANDO o teor das Resoluções CFM nos 1.605, de 29 de setembro de 2000, e 1.638, de 9 de agosto de 2002;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/02, aprovado na sessão plenária de 10 de julho de 2002, que trata de prontuário elaborado em meio eletrônico;

CONSIDERANDO que o prontuário do paciente, em qualquer meio de armazenamento, é propriedade física da instituição onde o mesmo é assistido – independente de ser unidade de saúde ou consultório –, a quem cabe o dever da guarda do documento;

CONSIDERANDO que os dados ali contidos pertencem ao paciente e só podem ser divulgados com sua autorização ou a de seu responsável, ou por dever legal ou justa causa;

CONSIDERANDO que o prontuário e seus respectivos dados pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que quando solicitado por ele ou seu representante legal permita o fornecimento de cópias autênticas das informações pertinentes;

CONSIDERANDO que o sigilo profissional, que visa preservar a privacidade do indivíduo, deve estar sujeito às normas estabelecidas na legislação e no Código de Ética Médica, independente do meio utilizado para o armazenamento dos dados no prontuário, quer eletrônico quer em papel;

CONSIDERANDO o disposto no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, elaborado, conforme convênio, pelo Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde;

CONSIDERANDO que a autorização legal para eliminar o papel depende de que os sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes atendam integralmente aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no referido manual;

CONSIDERANDO que toda informação em saúde identificada individualmente necessita de proteção em sua confidencialidade, por ser princípio basilar do exercício da medicina;

CONSIDERANDO os enunciados constantes nos artigos 102 a 109 do Capítulo IX do Código de Ética Médica, o médico tem a obrigação ética de proteger o sigilo profissional;

CONSIDERANDO o preceituado no artigo 5º, inciso X da Constituição da República Federativa do Brasil, nos artigos 153, 154 e 325 do Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940) e no artigo 229, inciso I do Código Civil (Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002);

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 11/7/2007,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, versão 3.0 e/ou outra versão aprovada pelo Conselho Federal de Medicina, anexo e também disponível nos sites do Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), respectivamente, www.portaldomedico.org.br e www.sbis.org.br.

Art. 2º Autorizar a digitalização dos prontuários dos pacientes, desde que o modo de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça a norma específica de digitalização contida nos parágrafos abaixo e, após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários, as normas da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

§ 1º Os métodos de digitalização devem reproduzir todas as informações dos documentos originais.

§ 2º Os arquivos digitais oriundos da digitalização dos documentos do prontuário dos pacientes deverão ser controlados por sistema especializado (Gerenciamento eletrônico de documentos - GED), que possua, minimamente, as seguintes características:

- a) Capacidade de utilizar base de dados adequada para o armazenamento dos arquivos digitalizados;
- b) Método de indexação que permita criar um arquivamento organizado, possibilitando a pesquisa de maneira simples e eficiente;
- c) Obediência aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde;

Art. 3º Autorizar 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, desde que esses sistemas atendam integralmente aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde;

Art. 4º Não autorizar a eliminação do papel quando da utilização somente do “Nível de garantia de segurança 1 (NGS1)”, por falta de amparo legal.

Art. 5º Como o “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, exige o uso de assinatura digital, e conforme os artigos 2º e 3º desta resolução, está autorizada a utilização de certificado digital padrão ICP-Brasil, até a implantação do CRM Digital pelo CFM, quando então será dado um prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias para que os sistemas informatizados incorporem este novo certificado.

Art. 6º No caso de microfilmagem, os prontuários microfilmados poderão ser eliminados de acordo com a legislação específica que regulamenta essa área e após análise obrigatória da Comissão de

Revisão de Prontuários da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 7º Estabelecer a guarda permanente, considerando a evolução tecnológica, para os prontuários dos pacientes arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

Art. 8º Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários dos pacientes em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

Art. 9º As atribuições da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos 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, podem ser exercidas pela Comissão de Revisão de Prontuários.

Art. 10º Estabelecer que o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), mediante convênio específico, expedirão selo de qualidade dos sistemas informatizados que estejam de acordo com o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, aprovado nesta resolução.

Art. 11º Ficam revogadas as Resoluções CFM nos 1.331/89 e 1.639/02, e demais disposições em contrário.

Art. 12º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 11 de julho de 2007

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Lívia Barros Garção
Secretária-Geral

Capítulo 2 EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

O prontuário do paciente, em qualquer meio de armazenamento, é propriedade física da instituição onde o mesmo é assistido, quer seja uma unidade de saúde quer seja um consultório, a quem cabe o dever da guarda do documento. Assim, ao paciente pertencem os dados ali contidos, os quais só podem ser divulgados com a sua autorização ou a de seu responsável, ou por dever legal ou justa causa. Estes dados devem estar permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitados por ele ou seu representante legal, permitam o fornecimento de cópias autênticas das informações a ele pertinentes.

Existe, hoje, um volume crescente de documentos armazenados pelos vários tipos de estabelecimentos de saúde, conforme definição de tipos de unidades do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, do Ministério da Saúde. As unidades de serviços de apoio, diagnóstico e terapêutica têm documentos próprios, que fazem parte dos prontuários dos pacientes. Além disso, os avanços da tecnologia da informação e de telecomunicações oferecem novos métodos de armazenamento e transmissão de dados.

O disposto no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, elaborado, conforme convênio, pelo Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde garante que, para eliminar o papel, os sistemas informatizados para guarda e manuseio de prontuários de pacientes, atendam integralmente aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”.

Ao atender o “Nível de garantia de segurança 1 (NGS1)”, o sistema informatizado já possui um bom nível de segurança, entretanto, a eliminação do papel só é possível com a utilização de certificado digital padrão ICP-Brasil, segundo determinação da legislação em vigor sobre documento eletrônico no Brasil, descrita abaixo.

A validade jurídica dos documentos eletrônicos como prova é garantida

conforme o disposto nos artigos 104, 212, 221, 225 e 421 do Código Civil e nos artigos 131, 154, 244, 332 e 383 do Código de Processo Civil. O Decreto nº 3.587, de 5 de setembro de 2000, estabelece normas para a Infra-Estrutura de Chaves Públicas do Poder Executivo Federal - ICP-Gov.

A Medida Provisória nº 2.200, de 24 de agosto de 2001, instituiu a Infra-Estrutura de Chaves Públicas Brasileiras – ICP-Brasil e concedeu validade jurídica plena aos documentos públicos e privados desde que tenham uma certificação (arts. 1º e 10); e o Decreto nº 3.872, de 18 de julho de 2001, dispõe sobre o Comitê Gestor da Infra-Estrutura de Chaves Públicas Brasileira – CG ICP-Brasil, sua Secretaria Executiva e Comissão Técnica Executiva.

A legislação arquivística brasileira normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos.

A Lei nº 5.433, de 8 de maio de 1968, regulamenta a microfilmagem de documentos oficiais por meio do Decreto nº 1.799, de 30 de janeiro de 1996.

A Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991 (Lei dos Arquivos), dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e dá outras providências e os Decretos nos 2.134, de 20 de janeiro de 1997; 2.942, de 18 de janeiro de 1999, e 4.073, de 3 de janeiro de 2002, a regulamentam.

A Lei nº 8.394, de 30 de dezembro de 1991, dispõe sobre a preservação, organização e proteção dos acervos documentais privados dos presidentes da República.

O Decreto nº 1.173, de 29 de junho de 1994, dispõe sobre a competência, organização e funcionamento do Conselho Nacional de Arquivos e do Sistema Nacional de Arquivos.

O Decreto nº 2.182, de 20 de março de 1997, estabelece normas para

a transferência e o recolhimento de acervos arquivísticos públicos federais para o Arquivo Nacional.

O Decreto nº 2.910, de 29 de dezembro de 1998, estabelece normas para a salvaguarda de documentos, materiais, áreas, comunicações e sistemas de informação de natureza sigilosa.

O Decreto nº 3.505, de 13 de junho de 2000, instituiu a Política de Segurança da Informação nos órgãos e entidades da administração pública federal.

O Decreto nº 4.553, de 27 de dezembro de 2002, dispõe sobre a salvaguarda de dados, informações, documentos e materiais sigilosos de intersegurança da sociedade e do Estado;

O Decreto nº 4.915, de 12 de dezembro de 2003, dispõe sobre o Sistema de Gestão de Documentos de Arquivo - Siga.

A Resolução Conarq nº 7, de 20 de maio de 1997, dispõe sobre procedimentos para a eliminação de documentos no âmbito dos órgãos e entidades integrantes do Poder Público.

A Resolução Conarq nº 22, de 30 de junho de 2005, dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde.

A NBR ABNT nº 10.519/88, de 1º de outubro de 1988, fixa as condições exigíveis para a racionalização dos arquivos brasileiros, públicos e privados, estabelecendo preceitos capazes de orientar a ação dos responsáveis pela análise e seleção de documentos, com vistas à fixação de prazos para sua guarda e/ou eliminação.

Existem, ainda, mais disposições na legislação sobre o assunto:

A Lei nº 8.935, de 18 de novembro de 1994, regulamenta o art. 236 da Constituição Federal, dispondo sobre serviços notariais e de registros e

dispõe sobre o uso do arquivamento eletrônico pelos serviços notariais e de registros (cartórios).

A Lei nº 9.492, de 10 de setembro de 1997, define competência, regulamenta os serviços concernentes ao protesto de títulos e outros documentos de dívida e estabelece em seu art. 41 que *"Para os serviços previstos nesta Lei os Tabeliães poderão adotar, independentemente de autorização, sistemas de computação, microfilmagem, gravação eletrônica de imagem e quaisquer outros meios de reprodução"*.

A Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, institui o Código Nacional de Trânsito Brasileiro e determina que as repartições de trânsito deverão manter em arquivo, por 5 (cinco) anos, os documentos referentes a habilitação, registro e licenciamento de veículos, podendo as repartições fazerem uso da tecnologia de microfilmagem ou meio magnético.

A Lei n.º 9.800, de 26 de maio de 1999, permite às partes a utilização de sistema de transmissão de dados para a prática de atos processuais, isto é, o envio de petições via e-mail, observados certos requisitos.

A Lei nº 9.983, de 14 de julho de 2000, altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

A Lei n.º 10.259, de 12 de julho de 2001, dispõe sobre a instituição dos juizados especiais civis e criminais no âmbito da Justiça Federal e seu artigo 8º normatiza a intimação eletrônica na área civil para todas as pessoas jurídicas de direito público.

O Decreto nº 660, de 25 de setembro de 1992, institui o Sistema Integrado de Comércio Exterior - Siscomex. e autoriza os importadores/exportadores a utilizarem a emissão da documentação, relacionada ao comércio exterior, por meio do processamento eletrônico de dados e imagens on line e meio magnético.

O Decreto nº 2.954, de 29 de janeiro de 1999, estabelece regras para a redação de atos normativos de competência dos órgãos do Poder Executivo.

O Decreto nº 3.714, de 3 de janeiro de 2001, dispõe sobre a remessa de documentos por meio eletrônico a que se refere o art. 57-A do Decreto nº 2.954, de 29 de janeiro de 1999.

O Decreto nº 3.779, de 23 de março de 2001, acresce dispositivo ao art. 1º do Decreto nº 3.714, de 3 de janeiro de 2001, que dispõe sobre remessa de documentos por meio eletrônico.

O Decreto nº 3.996, de 31 de outubro de 2001, dispõe sobre a prestação de serviços de certificação digital no âmbito da administração pública federal.

O Decreto nº 4.414, de 7 de outubro de 2002, altera o Decreto nº 3.996, de 31 de outubro de 2001, que dispõe sobre a prestação de serviços de certificação digital no âmbito da administração pública federal.

A Portaria nº 1.121, de 8 de novembro de 1995, do Ministério do Trabalho, dispõe sobre a informatização do registro de empregados e demais dados relacionados ao contrato de trabalho (utilização do armazenamento eletrônico de documentos na área trabalhista).

A Resolução nº 1, de 25 de setembro de 2001, do Comitê Gestor da ICP-Brasil, aprova a Declaração de Práticas de Certificação da AC- Raiz da ICP-Brasil.

A Resolução nº 4, de 22 de novembro de 2001, do Comitê Gestor da ICP-Brasil, altera a Declaração de Práticas de Certificação da AC Raiz da ICP-Brasil.

A Resolução nº 13, de 26 de abril de 2002, do Comitê Gestor da ICP-Brasil, altera a Declaração de Práticas de Certificação da AC Raiz da ICP-

Brasil (autoridade certificadora), estabelecendo o vínculo entre o par Raiz da ICP-Brasil, os critérios e procedimentos de chaves e seu titular.

A Resolução nº 19, de 8 de maio de 2003, do Comitê Gestor da ICP-Brasil, aprova o modelo eletrônico Revalidação dos Dados Cadastrais e Solicitação de Novo Certificado, de que trata a Resolução nº 1, de 25 de setembro de 2001, do Comitê Gestor da ICP-Brasil.

O Parecer nº 16, de 4 de novembro de 1997, do Conselho Nacional de Educação, dispõe sobre o arquivamento eletrônico em CDs ou outros meios, dos documentos escolares das instituições de ensino (Ministério da Educação) que em seu art. 1º. dispõe que: *“O arquivamento de documentos escolares, das instituições de ensino, observará as seguintes modalidades: (c) em disquete ou CD-ROM obtido por sistema computadorizado”*.

Com isso, o Conselho Federal de Medicina reconhece a importância do uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informação identificada em saúde, bem como a digitalização dos prontuários em papel, como instrumento de modernização, com conseqüente melhoria no atendimento ao paciente. É dever do CFM garantir ao médico amplo respaldo legal na utilização desses sistemas, motivo pelo qual publica esta Resolução.

Anexo 8 - Declaração de Consulta/ Solicitação de Cópia Prontuário de Paciente

COMISSÃO DE PRONTUÁRIOS DE PACIENTES / SAMIS

Declaração de Consulta/ Solicitação de Cópia
Prontuário de Paciente

Eu,, CRM,
abaixo assinado(a), declaro na qualidade de
do(a) paciente (registro HCPA:
.....) solicito () cópias () acesso ao seu prontuário me
comprometendo a manter estas informações sob sigilo, de acordo com
determinações do Código de Ética Médica.

Porto Alegre, _____/_____/_____

Anexo 9 - Resolução 429/2012 do Conselho Federal de Enfermagem sobre registros em prontuário do paciente e em outros documentos

RESOLUÇÃO COFEN Nº 429/2012

Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico

O Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 421, de 15 de fevereiro de 2012;

CONSIDERANDO o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e no Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta;

CONSIDERANDO o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução Cofen nº 311, de 8 de fevereiro de 2007, naquilo que diz respeito, no prontuário, e em outros documentos próprios da Enfermagem, de informações referentes ao processo de cuidar da pessoa, família e coletividade humana (Artigos 25, 35, 41, 68, 71 e 72), e naquilo que diz respeito ao sigilo profissional (Artigos 81 a 85);

CONSIDERANDO o prontuário do paciente e outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional (papel) ou eletrônico -, como uma fonte de informações clínicas e administrativas para tomada de decisão, e um meio de comunicação compartilhado entre os profissionais da equipe de saúde;

CONSIDERANDO os avanços e disponibilidade de soluções tecnológicas de processamento de dados e de recursos das telecomunicações para guarda e manuseio de documentos da área de saúde, e a tendência na

informática para a construção e implantação do prontuário eletrônico do paciente nos serviços de saúde;

CONSIDERANDO os termos da Resolução Cofen nº 358, de 15 de outubro de 2009, em seu Artigo 6º, segundo o qual a execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente no prontuário do paciente; e

CONSIDERANDO tudo mais que consta nos autos do PAD/Cofen nº 510/2010 e a deliberação do Plenário em sua 415ª Reunião Ordinária,

RESOLVE

Art. 1º É responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência.

Art. 2º Relativo ao processo de cuidar, e em atenção ao disposto na Resolução nº 358/2009, deve ser registrado no prontuário do paciente:

- a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
- d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

Art. 3º Relativo ao gerenciamento dos processos de trabalho, devem ser

registradas, em documentos próprios da Enfermagem, as informações imprescindíveis sobre as condições ambientais e recursos humanos e materiais, visando à produção de um resultado esperado – um cuidado de Enfermagem digno, sensível, competente e resolutivo.

Art. 4º Caso a instituição ou serviço de saúde adote o sistema de registro eletrônico, mas não tenha providenciado, em atenção às normas de segurança, a assinatura digital dos profissionais, deve-se fazer a impressão dos documentos a que se refere esta Resolução, para guarda e manuseio por quem de direito.

§ 1º O termo assinatura digital refere-se a uma tecnologia que permite garantir a integridade e autenticidade de arquivos eletrônicos, e que é tipicamente tratada como análoga à assinatura física em papel. Difere de assinatura eletrônica, que não tem valor legal por si só, pois se refere a qualquer mecanismo eletrônico para identificar o remetente de uma mensagem eletrônica, seja por meio de escaneamento de uma assinatura, identificação por impressão digital ou simples escrita do nome completo.

§ 2º A cópia impressa dos documentos a que se refere o caput deste artigo deve, obrigatoriamente, conter identificação profissional e a assinatura do responsável pela anotação.

Art. 5º Cabe aos Conselhos Regionais adotar as medidas necessárias ao cumprimento desta Resolução.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília, 30 de maio de 2012.

MARCIA CRISTINA KREMPEL
Presidente

GELSON L. DE ALBUQUERQUE
Primeiro-Secretário

Publicada no DOU nº 110, de 8 de junho de 2012, pág. 288 – Seção 1



Rua Ramiro Barcelos, 2350
Largo Eduardo Z. Faraco
Porto Alegre/RS 90035-903
Fone (51) 3359.8000
Fax (51) 3359.8001
www.hcpa.edu.br