

Práticas na Organização de Arquivos Médicos

Revisão 02/Jun 2020

SOLUÇÕES
COOPERATIVAS

Unimed 
Vale das Antas/RS

ANS - nº 33554-1

1. Objetivo

Oferecer orientações sobre avaliação, classificação e manutenção de documentos conforme critérios e normas de padronização.

2. Definições

- Tabela de Temporalidade: É o instrumento que determina os prazos em que os documentos devem permanecer no Arquivo Corrente e Arquivo Permanente, bem como da sua eliminação;
- Prazo de Arquivamento: O tempo de guarda dos documentos está relacionado ao seu ciclo de vida.
 - **Fase Corrente:** Conjunto de documentos estreitamente vinculados aos objetivos imediatos para os quais foram produzidos ou recebidos no cumprimento de atividades-meio e atividades-fim e que se conservam junto aos órgãos produtores em razão de sua vigência e da frequência com que são por eles consultados.
 - **Fase Intermediária:** Conjunto de documentos originários de arquivos correntes, com uso pouco frequente, que aguardam, em depósito de armazenamento temporário, sua destinação final.
 - **Fase Permanente:** Conjunto de documentos custodiados em caráter definitivo, em função de seu valor.
- Prontuários médicos: Resolução CFM 1.638, de 2002: " Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência médica prestada ao indivíduo".

3. Tipos documentais dos prontuários médicos

- Atendimento ambulatorial;
- Atendimento de urgência;
- Evolução médica;
- Evolução de enfermagem e de outros profissionais assistentes;

Obs.: no caso de internação, recomendasse que as evoluções sejam diárias, com data e horário em todas elas.

- Partograma (em obstetrícia);
- Prescrição médica;
- Prescrição de enfermagem e de outros profissionais assistentes;

Obs.: no caso de internação, recomendasse que as prescrições sejam diárias, com data e horário em todas elas.

- Exames complementares (laboratoriais, radiológicos, ultrassonográficos e outros) e seus respectivos resultados;
- Descrição cirúrgica;
- Anestesia;
- Débito do centro cirúrgico ou obstétrico (gasto de sala);
- Resumo de alta;
- Boletins médicos.

Observações importantes:

- O nome completo da paciente deve constar em todas as folhas do prontuário de maneira legível.
- Os documentos gerados no pronto-socorro e no ambulatório deverão ser arquivados junto com o prontuário, em caso de internação hospitalar.
- Itens obrigatórios:
 - Identificação da paciente;
 - Anamnese;
 - Exame físico;
 - Hipóteses diagnósticas;
 - Diagnósticos definitivos;
 - Tratamentos efetuados.

4. Classificação e Temporalidade

Os documentos para arquivo podem ser classificados em diferentes categorias, de acordo com suas características. Baseando-se nelas, podemos classificá-los quanto ao gênero, espécie, tipologia, natureza do assunto, forma e formato.

Tratando-se de Arquivos Médicos, recomenda-se que os documentos estejam classificados e armazenados de forma que a sua busca seja fácil, rápida e completa.

A tabela de temporalidade é o instrumento com o qual se determina o prazo de permanência de um documento em um arquivo e sua destinação após este prazo.

Tratando-se de Arquivos Médicos, recomenda-se analisar os prazos de arquivamento conforme os ciclos de vida dos documentos e as legislações vigentes a fim de definir o tempo de guarda e possível descarte.

5. Como arquivar os documentos

O arquivamento é a guarda dos documentos no local estabelecido, de acordo com a classificação e temporalidade. Nesta etapa toda a atenção é necessária, pois um documento arquivado erroneamente poderá ficar perdido quando solicitado posteriormente. As operações para arquivamento são as seguintes:

- **Prontuários médicos**

Sugere-se arquivar por número de registro do prontuário, anexando a cada procedimento o número da conta do período. Caso isso não seja possível, arquivar por ordem do último sobrenome, de maneira que seja alfanumérico, ou seja, letra e número em ordem sequencial.

- **Exames Imagens e Laudos (Internação)**

Sugere-se arquivar as imagens e laudos dos exames por ano, subdividido em RX e ultrassom.

Para o arquivamento deve-se preparar os documentos atentando-se para:

- Conferir os documentos anexados ao prontuário de cada paciente;
- Evitar uso de clips e atilhos;
- Não é permitido a impressão de prontuários em papel de rascunhos;
- Não é permitido a utilização de lápis e corretivos nos prontuários;
- Não utilize abreviaturas.

6. Conservação

Os fatores ambientais são os mais importantes na conservação de documentos e são responsáveis pelas reações químicas altamente nocivas ao papel, além de favorecerem a presença de outros agentes igualmente responsáveis pela destruição de documentos. Esses fatores ambientais podem se apresentar como:

- Insolação intensa e umidade relativa elevada (não ultrapassar 60% de umidade).
- Manutenção inadequada (goteiras, infiltrações, janela quebradas, frestas, ...);
- As prateleiras devem estar a 15 centímetros do chão, 15 centímetros afastadas da parede e 30 centímetros afastadas do teto.

Deve-se tomar medidas que interrompam o processo de degradação de documentos de arquivo, visando mantê-los em condições de uso e consulta durante o período de guarda previsto na tabela de temporalidade.

7. Prontuários Eletrônicos

A resolução CFM N° 1.821/2007 no artigo 10º estabelece 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 como Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, aprovado nesta resolução.

Os prontuários elaborados sem meio eletrônico poderão assim permanecer, bem como os novos a serem criados, desde que obedeçam ao disposto em resolução específica do CFM.

O Processo de certificação SBIS/CFM classifica o S-RES (Sistema do Registro Eletrônico em Saúde) do ponto de vista de segurança da informação em 2 níveis de garantia de segurança (ngs1 e ngs2).

- Nível de garantia de segurança 1-NGS1-S-RES: Sistema de Registro Eletrônico em Saúde que não possui os certificados digitais ICP-Brasil (Infraestrutura de Chaves Públicas) para assinatura digital das informações clínicas, conseqüentemente sem amparo para eliminação de papel e com necessidade de impressão e aposição manuscrita da assinatura.
- Nível de garantia de segurança 2-NGS2-S-RES: Sistema de Registro Eletrônico em Saúde que possui certificados digitais ICP-Brasil (Infraestrutura de Chaves Públicas) e dispensa o papel, pois permite a assinatura digital.

Para que se possa eliminar a versão papel do prontuário é necessário o Nível de Garantia de Segurança 2 estabelecido no manual SBIS/AMB (Art.4º).

8. Referência Bibliográfica

- Resolução CFM N° 1.638/2002;
- Resolução CFM N° 1.639/2002;
- Resolução CFM N° 1.821/2007;
- Resolução CFM N° 1.605/2000;
- Lei N° 8.159/1991.

