

PARECER COREN-SP 034/2013 - CT

PRCI n° 102.598 e Tickets n° 282.214, 284.123, 294.992, 295.039, 297.071, 299.116, 300.673, 301.440, 301.820, 306.645.

Ementa: Prontuário do paciente.

1. Do fato

Profissionais de Enfermagem questionam vários aspectos relacionados ao prontuário do paciente, a saber: acesso ao prontuário, sigilo de informações, movimentação do prontuário entre unidades e serviços, condições de guarda e manutenção do prontuário, assinatura digital em prontuário eletrônico, e comissão de revisão de prontuário.

2. Da fundamentação e análise

O termo prontuário é originário do latim "promptuarium" e significa "lugar onde são guardadas coisas de que se pode precisar a qualquer momento" ou "manual de informações úteis" ou ainda "ficha que contém os dados pertinentes de uma pessoa" (PATRÍCIO et al., 2011).

Segundo a Resolução CFM nº 1.638/2002, a qual define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde, se lê em seu artigo 1°:

Art. 1º - Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA,2002).

Já segundo Ventura (2012), o prontuário do paciente representa:

[...] o conjunto de documentos padronizados que se destinam ao registro dos cuidados profissionais prestados ao paciente pelos serviços de saúde públicos ou privados. Compõe, assim, um conjunto de documentos relativos à história de vida do paciente e de sua doença, escritos de modo claro, conciso e acurado, sob o ponto de vista médicosocial, buscando se garantir a necessária uniformidade estatística. [...]

O prontuário é elaborado por diversos autores, que agem com autonomia profissional, porém com ações integradas. É, portanto, um documento valioso, elaborado e utilizado por diferentes profissionais nos serviços de saúde, ensino e pesquisa, bem como



Alameda Ribeirão Preto, 82 - Bela Vista - São Paulo - SP - 01331-000 Telefone: 11 3225.6300



instrumento de defesa legal. Desse modo, a responsabilidade pelo prontuário recai sobre os diversos profissionais, que respondem diretamente pela parte que lhes cabe.[...] (VENTURA, 2012, p. 96)

De acordo com Galvão e Ricarte (2012) além do prontuário do paciente em suporte papel podemos ter o prontuário eletrônico do paciente (PEP).

Esses autores explicitam o que é PEP usando a definição da InternationalOrganization for Standardization:

[...] A International Organization for Standardization (ISO, Organização Internacional de Normalização) define que o prontuário eletrônico do paciente é a coleção de informação computadorizada relativa ao estado de saúde de um sujeito armazenada e transmitida em completa segurança, acessível a qualquer usuário autorizado. O prontuário eletrônico estabelece um padrão lógico para a organização da informação, aceito universalmente e independentemente do sistema. Seu principal objetivo é assegurar serviços desaúde integrados de modo contínuo, eficiente e com qualidade, juntamente com informação retrospectiva, corrente e prospectiva. [...] (GALVÃO; RICARTE, 2012).

Para a validação das informações inscritas no PEP, o profissional de saúde deveinserir uma assinatura eletrônica. A cartilha do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) intitulada "Prontuário eletrônico: a certificação de sistemas de registro eletrônico de saúde" explica de modo claro e objetivo o que é assinatura eletrônica:

Para um prontuário sem papel, totalmente digital, é obrigatório o uso de certificação digital para assinatura dos prontuários. [...] Certificado digital é um arquivo de computador que identifica uma pessoa física ou jurídica no mundo digital. Segundo o Instituto Nacional de Tecnologia da Informação (ITI), o "certificado digital é um documento eletrônico que contém o nome, um número público exclusivo denominado chave pública e muitos outros dados que mostram quem somos para as pessoas e para os sistemas deinformação. A chave pública serve para validar uma assinatura realizada em documentos eletrônicos." O certificado digital tem diversas finalidades, tais como garantir a comunicação segura entre dois sistemas e criptografar o acesso a diversos web sites (clique no cadeado que aparece no navegador quando estiver acessando um internet banking por exemplo). É também muito utilizado para a assinatura eletrônica de documentos. São utilizadas diversas técnicas computacionais para garantir que o documento eletrônico assinado por um certificado digital seja totalmente seguro. Podese comparar o certificado digital com a sua impressão digital, já que cada documento assinado possui um identificador único e até mesmo uma pequena alteração no documento, como a simples inserção de um espaço em branco, invalida totalmente o documento, garantindo assim a sua integridade. [...] A Medida Provisória Nº 2.200 publicada no dia 29 de Junho de 2001 no Diário Oficial da União, instituiu a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP - Brasil para garantir a autenticidade e a integridade de documentos eletrônicos através da sistemática da criptografia assimétrica (chaves públicas e privadas). Com a ICP-Brasil, definiu-se a Autoridade



Alameda Ribeirão Preto, 82 - Bela Vista - São Paulo - SP - 01331-000 Telefone: 11 3225.6300



Certificadora Raiz - ACRaiz, que é o Instituto Nacional de Tecnologia da Informação - ITI. É de responsabilidade da AC Raiz emitir, expedir, distribuir, revogar e gerenciar os certificados das AC de primeiro nível. No Brasil, para que um documento eletrônico possa ter validade jurídica, ética e legal, deve-se necessariamente assiná-lo utilizando um certificado digital padrão ICP-Brasil.

(COSTA, 2012).

No prontuário em suporte papel a identificação do profissional de Enfermagem é definida pela DECISÃO COREN-SP-DIR/001/2000, a qual normatiza no Estado de São Paulo os princípios gerais para ações que constituem a documentação de Enfermagem, onde se lê em seus artigos 1º ao 7º:

[...] Artigo 1° - O registro deve ser claro, objetivo, preciso, com letra legível esem rasuras.

Artigo 2º - Após o registro deve constar a identificação do autor constando nome, COREN-SP e carimbo.

Artigo 3° - O registro deve constar em impresso devidamente identificado com dados do cliente ou paciente, e complementado com data e hora.

Artigo 4° - O registro deve conter subsídios para permitir a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem nas diferentes fases e para o planejamento assistencial da equipe multiprofissional.

Artigo 5° - O registro deve permitir e favorecer elementos administrativos e clínicos para auditoria em enfermagem.

Artigo 6° - O registro deve fazer parte do prontuário do cliente ou paciente e servir de fonte de dados para processo administrativo, legal, de ensino e pesquisa.

Artigo 7º- Os registros podem ser do tipo: - manual - escrito à tinta e nunca a lápis; - eletrônico - de acordo com a legislação vigente. [...]

(CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2000).

O prontuário é do paciente, haja vista que as informações documentadas a elese referem. Desse modo, ética e legalmente devem ser observadas algumas determinações relativas aos registros efetuados, bem como acesso, movimentação, guarda e manutenção. Sobre as informações do paciente constantes no prontuário, devem serobservadas e asseguradas a privacidade e a confidencialidade. Segundo Ventura (2012):

[...]

O direito à privacidade consiste na faculdade que tem cada indivíduo de obstar a intromissão de estranhos na sua vida privada e familiar, assim como de impedir-lhes acesso a informações ou divulgação de informações sobre área da manifestação existencial do ser humano. É, portanto, a exclusão do conhecimento alheio em relação





àquilo que só diz respeito à própria pessoa, especificamente, quanto ao seu modo de ser.

[...]

O direito à privacidade é um direito humano de primeira dimensão que se configura no direito do indivíduo de estar só, considerando-se a possibilidadeque deve ter toda pessoa de excluir do conhecimento de terceiros aquilo que aela só se refere, e que diz respeito ao seu modo de ser no âmbito da vida provada. O direito à privacidade é universal, inalienável e indivisível e está intimamente ligado à dignidade humana.

[...]

O direito à confidencialidade está relacionado com o direito à privacidade e à comunicação privilegiada (privileged communication), compartilhando com ambos a ideia de acesso limitado de terceiros ao corpo ou mente de um indivíduo em particular. Nessa perspectiva, a privacidade informacional representa o fato de uma informação a respeito de determinada pessoa conservar-se fora do alcance dos outros, se não houver autorização para que seja revelada. A confidencialidade é, então, um tipo de privacidade informacional, que acontece no âmbito de uma relação especial entre o profissional de saúde e seu paciente. As informações pessoais obtidas no curso desse relacionamento não podem ser comunicadas para terceiros a menos que autorizadas previamente por aquele que revelou. Dessa maneira, as informações derivadas dessa situação são confidenciais, a menos que o paciente permita ou solicite sua revelação a terceiros.

[...]

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como confidencialidade médica o dever daqueles que são provedores da saúde de "proteger a informação do paciente e não divulgá-la sem autorização".

(VENTURA, 2012, p. 98-100).

Temos a Resolução CNS 196/96, que aprova as diretrizes e normas regulamentadorasde pesquisas envolvendo seres humanos, onde se lê:

1...⁻

III- ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais.

III.1 - A eticidade da pesquisa implica em:

ſ...1

g) contar com o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa e/ou seu representante legal;

[...]

i) prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico - financeiro;





[...]

(CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

Observando-se o disposto no Código de Ética Profissional de Enfermagem conforme Resolução COFEN nº 311/07 na sua Seção II Artigo 41; Seção III, Artigo 54; Seção IV, Artigo 72 e Capítulo II, Artigos 81 a 85 se lê:

SEÇÃO II

Das relações com os trabalhadores de enfermagem, saúde e outros

[...]

Responsabilidades e deveres

[...]

Art. 41 Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignasnecessárias para assegurar a continuidade da assistência.

Proibições SEÇÃO III

Das relações com as organizações da categoriaResponsabilidades e deveres

[...]

Art. 54 Apor o número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem em assinatura, quando no exercício profissional.

[.,]

SECÃO IV

Das relações com as organizações empregadoras Responsabilidades e deveres

[...]

Art. 72 Registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo decuidar de forma clara, objetiva e completa.

[...]

Capítulo II

Do sigilo profissional Direitos

Art. 81 Abster-se de revelar informações confidenciais de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional a pessoas ou entidades que não estejam obrigadas ao sigilo.

Responsabilidades e deveres

Art. 82 Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto casos previstos em lei, ordem judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante legal.

§1º Permanece o dever mesmo quando o fato seja de conhecimento público e em caso de falecimento da pessoa envolvida.





§2º Em atividade multiprofissional, o fato sigiloso poderá ser revelado quando necessário à prestação da assistência.

§3º O profissional de enfermagem, intimado como testemunha, deverá comparecer perante a autoridade e, se for o caso, declarar seu impedimento de revelar o segredo.

§4º O segredo profissional referente ao menor de idade deverá ser mantido, mesmo quando a revelação seja solicitada por pais ou responsáveis, desdeque o menor tenha capacidade de discernimento, exceto nos casos em que possa acarretar danos ou riscos ao mesmo.

Art. 83 Orientar, na condição de enfermeiro, a equipe sob sua responsabilidade, sobre o dever do sigilo profissional.

Proibições

Art. 84 Franquear o acesso a informações e documentos para pessoas que não estão diretamente envolvidas na prestação da assistência, exceto nos casos previstos na legislação vigente ou por ordem judicial.

Art. 85 Divulgar ou fazer referência a casos, situações ou fatos de forma que os envolvidos possam ser identificados.

(CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

Tem a Resolução CFM nº 1.931/09, que aprova o Código de ética Médica, onde se lê no Capítulo X Documentos médicos Artigos 85 a 90:

É vedado ao médico:

[...]

Art. 85. Permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade.

Art. 86. Deixar de fornecer laudo médico ao paciente ou a seu representante legal quando aquele for encaminhado ou transferido para continuação do tratamento ou em caso de solicitação de alta.

Art. 87. Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

§ 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boacondução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.

Art. 88. Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessáriasà sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou aterceiros.

Art. 89. Liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa.

§ 1º Quando requisitado judicialmente o prontuário será disponibilizado ao perito médico nomeado pelo juiz.





§ 2º Quando o prontuário for apresentado em sua própria defesa, o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo profissional.

Art. 90. Deixar de fornecer cópia do prontuário médico de seu paciente quando de sua requisição pelos Conselhos Regionais de Medicina.(CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

No Parecer COREN-SP nº 009/12, citando vários instrumentos legais que versam sobre o acesso ao prontuário, e também segundo Possari (2005), podem ter acesso ao prontuário o próprio paciente ou seu responsável legal, quando o paciente é menor ou incapaz e os membros da equipe de saúde que lhe prestam assistência. O prontuário é do paciente e a ele é garantido o acesso, mas a guarda do prontuário é responsabilidade da instituição de saúde podendo o paciente ou seu representante legal se assim o quiser e necessitar, solicitar e receber cópias (POSSARI, 2005).

A solicitação de acesso e/ou cópias do conteúdo integral ou parcial do prontuário do paciente por outras entidades tais como convênios médicos, companhias de seguro, autoridades policiais ou judiciárias, somente ocorre com autorização expressa do paciente ou de seu representante legal (POSSARI, 2005). No caso de auditoria de Enfermagem, temos a Resolução COFEN nº 266/01 que aprova atividades de Enfermeiro Auditor, em seu anexo, Inciso II, item "o" se lê:

o) O enfermeiro Auditor, para executar suas funções de Auditoria, tem o direito de acesso ao prontuário do paciente e toda documentação que se fizer necessária;

[...]

(CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2001).

A Resolução CFM 1.997/12, que altera a redação do artigo 77 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 em suas considerações se lê:

1...1

CONSIDERANDO que o acesso ao prontuário médico é admissível, desde que respeitados os ditames da Resolução CFM nº 1.605/2000 ou mediante autorização judicial para a realização de perícia;

CONSIDERANDO que o conteúdo do prontuário médico só poderá ser revelado a terceiros se houver a autorização do paciente, conforme estabelece o artigo 5º da Resolução CFM nº 1.605/2000, ou se houver a anuência do Conselho Regional de Medicina da jurisdição, ex vi do artigo 8º do mesmo diploma, bem como autorização judicial;

CONSIDERANDO que no caso de investigação criminal o CFM defende o posicionamento de que o conteúdo dos prontuários médicos seja disponibilizado à





Justiça para perícia judicial;

CONSIDERANDO que não se pode negar as informações constantes no prontuário e de interesse do caso concreto, e não todas as ali postadas, paraauxiliar a Justiça a elucidar um crime ou apurar responsabilidade civil de umato negligente, imprudente ou imperito; e em alguns casos, a prestarinformações para fins de ressarcimento de seguros e outras indenizações; [...] (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

Na Constituição Federal, no seu Artigo 5°, Incisos X e XII se 1ê:

[...]

X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;

XII - é inviolável o sigilo da correspondência e das comunicações telegráficas, de dados e das comunicações telefônicas, salvo, no último caso, por ordem judicial, nas hipóteses e na forma que a lei estabelecer para fins deinvestigação criminal ou instrução processual penal;

[...]

(BRASIL, 1988).

Temos a Resolução CFM nº 1.614/01, onde se lê em seu Artigo 7º, sobre a atuação do médico auditor:

[...]

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.

[...]

(CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2001).

O Decreto nº 94.406/87, que regulamenta a Lei nº 7.498/86 que dispõe sobre o exercício profissional de Enfermagem dispõe em seu artigo 14, inciso II:

Art. 14 Incumbe a todo o pessoal de Enfermagem:

[...]

II - quando for o caso, anotar no prontuário do paciente as atividades da assistência de Enfermagem, para fins estatísticos;

[...]

(BRASIL, 1987).

Há a Resolução COFEN nº 429/12 que dispõe sobre o registro das açõesprofissionais no





prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

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 aoprocesso 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 coletividadehumana em um dado momento do processo saúde e doença;

b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família oucoletividade 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.

(CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012)

A Lei nº 8.069/90, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente edá outras providências, em seu Artigo 10, inciso I se lê:

Art. 10. Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde degestantes, públicos e particulares, são obrigados a:



Alameda Ribeirão Preto, 82 - Bela Vista - São Paulo - SP - 01331-000 Telefone: 11 3225.6300



[...]

I - manter registro das atividades desenvolvidas, através de prontuáriosindividuais, pelo prazo de dezoito anos;

[...]

(BRASIL, 1990).

Relativo à guarda e manutenção do prontuário do paciente tem a Resolução CFM 1.821/07, que 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 na qual se lê do Artigo 2º ao Artigo 9º:

- **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 análiseobrigatória 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. 3° 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 Sistemasde Registro Eletrônico em Saúde;
- **Art. 4º** Não autorizar a eliminação do papel quando da utilização somentedo "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



Alameda Ribeirão Preto, 82 - Bela Vista - São Paulo - SP - 01331-000 Telefone: 11 3225.6300



certificado.

Art. 6° No caso de microfilmagem, os prontuários microfilmados poderão sereliminados 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 emmeio óptico, microfilmado ou digitalizado.

Art. 8° 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.

(CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007).

A legislação arquivística brasileira é disponibilizada no site do Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ), que é um órgão colegiado, vinculado ao Arquivo Nacional do Ministério da Justiça, e tem por finalidade definir a política nacional de arquivos públicos e privados, bem como exercer orientação normativa visando à gestão documental e à proteção especial aos documentos de arquivo, e que foi criado pela Leinº 8.159, de 8 de janeiro de 1991, que dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências. Referente à eliminação de documentos microfilmados há a Lei nº 5.433/68, que regula a microfilmagem de documentos oficiaise dá outras providências (BRASIL, 1968; 1991).

3. Da Conclusão

Conclui-se que:

- O prontuário é do paciente, mas a instituição de saúde é o seu fieldepositário. O prontuário do paciente é um instrumento que visa o registro, a organização e o acúmulo de dados e informações, que irão subsidiar as decisões terapêuticas a serem propostas ao próprio paciente pela equipe multiprofissional de saúde.
- O acesso ao prontuário original não significa que o mesmo possa ser encaminhado a terceiros, fora do ambiente assistencial ou de sua finalidade assistencial. No caso de transferência de pacientes (para internação ou continuidade de acompanhamento médico) a normalização





expressa que pode ser encaminhada uma cópia integral do prontuário.

- Os estudantes de Enfermagem em estágio curricular supervisionado podem utilizar o prontuário do paciente para fins didáticos e assistenciais, sob supervisão de docente de Enfermagem, concomitantemente ao uso pela equipe multiprofissional de saúde.
- Os profissionais de Enfermagem, incluindo os docentes de Enfermagem e seus alunos devem observar o respeito ao sigilo profissional e as questões de bioética normalizadas.
- O prontuário do paciente como instrumento de informação à terapêutica pode ser encaminhado para outro serviço assistencial interno da própria instituição de saúde, desde que estabelecidas regras, por meio de protocolo, acerca das responsabilidades, fluxo documental e prazo para devolução.
- Sobre as condições de guarda e manutenção do prontuário do paciente, deve ser observada a legislação vigente.
- Sobre o prontuário eletrônico e a assinatura digital, a equipe de Enfermagem deve seguir as normas definidas pela Resolução COFEN nº 429/12.
- Finalmente sobre Comissão de Revisão de Prontuários, a normalização que existe é a Resolução CFM nº 1.638/2002.

É o parecer.



Alameda Ribeirão Preto, 82 - Bela Vista - São Paulo - SP - 01331-000 Telefone: 11 3225.6300



4. Referências

BRASIL. Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961. Regulamenta o exercício da enfermagem e suas funções auxiliares no território nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 abr. 1961. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D50387.htm. Acesso em: 25 junho 2013.

BRASIL. Lei nº 5.433, de 8 de maio de 1968. Regula a microfilmagem de documentos oficiais e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 mai. 1968. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5433.htm. Acesso em: 25 junho 2013.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm. Acesso em: 25 junho 2013.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 jun. 1987. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm. Acesso em: 25 junho 2013.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da]República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 25 junho 2013.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm >. Acesso em: 25 junho 2013.

BRASIL. Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 jan. 1991. Disponível em:



Alameda Ribeirão Preto, 82 - Bela Vista - São Paulo - SP - 01331-000 Telefone: 11 3225.6300



http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8159.htm. Acesso em: 25 junho 2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Decisão n° 001, de 18 de janeiro de 2000. Normatiza no Estado de São Paulo os princípios gerais para ações que constituem a documentação de Enfermagem. Disponível em: http://www.corensp.org.br/node/30747>. Acesso em: 25 junho 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 266, de 05 de outubro de 2001. Aprova atividades de Enfermeiro Auditor. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2662001_4303.html>. Acesso em: 25 junho 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 311, de 08 de fevereiro de2007. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html. Acesso em: 25 junho 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429, de 30 de maio de 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. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n4292012_9263.html>. Acesso em: 25 junho 2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer n° 009, de 7 de agosto de 2012. Direito do paciente a ter sob sua guarda resultados de exames laboratoriais. Disponível em: http://www.corensp.org.br/sites/default/files/Parecer_009_2012_Entrega_de_exames_ao_paciente.pdf>. Acesso em: 25 junho 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.614, de 8 de fevereiro de 2001. Auditoria médica. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2001/1614_2001.htm. Acesso em:26 junho 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm. Acesso em: 26 junho 2013.





CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.821, de 11 de julho de 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemasinformatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dospacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1821_2007.htm. Acesso em: 25 junho 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.997, de 10 de agosto de2012. Altera a redação do artigo 77 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembrode 2009. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1997_2012.pdf. Acesso em: 25 junho 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.931, de 24 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.pdf Acesso em:25 junho 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>. Acesso em: 25 junho 2013.

COSTA, C. G. A. (Ed.). Cartilha sobre prontuário eletrônico: a certificação desistemas de registro eletrônico de saúde. São Paulo: Sociedade Brasileira de Informáticaem Saúde, 2012, 20p. Disponível

http://www.sbis.org.br/certificacao/Cartilha SBIS CFM Prontuario Eletronico fev 2012.pdf. Acesso em: 25 junho 2013.

GALVÃO, M. C. B.; RICARTE, I. L. M. **Prontuário do paciente**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

PATRÍCIO, C. M. et al. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? **Scientia Medica**, v. 21, n. 3, p. 121-131, 2011.

POSSARI, J. F. **Prontuário do paciente e os registros de enfermagem**. São Paulo: Iatria, 2005.

VENTURA, C. A. A. Direito. In: GALVÃO, M. C. B.; RICARTE, I. L. M. **Prontuário do paciente**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 95-110.



Alameda Ribeirão Preto, 82 - Bela Vista - São Paulo - SP - 01331-000 Telefone: 11 3225.6300



São Paulo, 25 de junho de 2013.

Câmara Técnica de Assistência à Saúde - CTAS

Relator

Prof. Dr. João Batista de FreitasEnfermeiro COREN-SP 43.776

Revisor CTLN

Prof. Dr. Paulo Cobellis
Enfermeiro
COREN-SP 15.838

Aprovado em 03 de Julho de 2013 na 31ª Reunião da Câmara Técnica.

Homologado pelo Plenário do COREN-SP na 843ª Reunião Plenária Ordinária.

