

Gestão de Documentos Hospitalares

*Uma boa prática para dar agilidade, segurança e
efetividade aos processos*





Governo do Estado do Ceará Maria Izolda Cela Arruda Coelho
Governadora do Ceará

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

Carlos Hilton Albuquerque Soares
Secretário da Saúde

Autoridade Reguladora da Qualidade dos Serviços de Saúde - ARQS

Diana Carmem Almeida Nunes de Oliveira
Diretora Presidente

Revisão Técnica ARQS

Diana Carmem Almeida Nunes de Oliveira
Diretora Presidente

Naara Régia Pinheiro Cavalcante
Diretora

Maria Ludimila Arruda Frota Rocha
Assessora Técnica

Diagramação / Normalização
Francisca Danielle Guedes

ISSN - 2764-7684

**Avenida Almirante Barroso - 600, Praia de Iracema - Fortaleza - Ceará -
CEP: 60.060-440**

As Informações Objetivas da Qualidade - IOQ's são publicações bimestrais e seus materiais são de responsabilidade dos autores. Permitida a reprodução destas obras, desde que citada a fonte. Disponíveis em: <https://www.saude.ce.gov.br/download/arqs-publicacoes/>

Informações Objetivas da Qualidade, n°6, 2022.

Gestão de Documentos Hospitalares

Uma boa prática para dar agilidade, segurança e efetividade aos processos

Francisca Danielle Guedes¹

Maria Ludimila Arruda Frota Rocha²

Diana Carmem Almeida Nunes de Oliveira³

Apresentação

Apesar das inovações tecnológicas advindas com o século XXI, das implicações trazidas com o processo de digitalização para as organizações e de como as tecnologias causam impacto na forma como o homem se organiza e se relaciona com todos os âmbitos que o permeiam, no que tange a gestão documental, essa não é uma atividade recente, visto que, “desde que se começou a registrar a história em documentos, surgiu ao homem o problema de organizá-los” (SCHELLENBERG, 2007, p.97). E, dessa necessidade em que o homem sempre teve de guardar, classificar e conservar, nasceu a gestão documental e os arquivos.

A gestão de documentos teve sua concepção no período pós 2ª guerra mundial, nos EUA e Canadá, visando sanar os problemas referentes ao armazenamento e recuperação de documentos nos órgãos públicos desses países. (JARDIM, 1991). Os arquivos públicos naquela época eram destinados às atividades de consulta, desentranhados da sua função administrativa, tendo sido registrado na literatura como:

[...] apoio à pesquisa, comprometidos com a conservação e acesso aos documentos considerados de valor histórico [...] A tal concepção opunha-se, de forma dicotômica, a de documento administrativo, cujos problemas eram considerados da alçada exclusiva dos órgãos da administração pública que os produziam e utilizavam. A palavra-chave das administrações daqueles países, sobretudo dos EUA, passou a ser eficiência. A aplicação dos princípios da administração científica para a solução dos problemas documentais gerou os princípios da gestão de documentos, os quais resultaram, sobretudo, da necessidade de se racionalizar e modernizar as administrações. (JARDIM, 1991, não paginado).

¹ Bibliotecária. Mestre em Educação Brasileira. Assistente em Administração II - ARQS.

² Enfermeira. Mestre em Gestão e Saúde. Assessora Técnica da Autoridade Reguladora da Qualidade dos Serviços de Saúde – ARQS.

³ Farmacêutica. Mestre em Saúde Pública. Diretora Presidente da Autoridade Reguladora da Qualidade dos Serviços de Saúde – ARQS.

Conceitos e Definições

Conforme descrito no Cap.2, Art. 7º da lei 8.159, que dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências, “Os arquivos públicos são os conjuntos de documentos produzidos e recebidos, no exercício de suas atividades, por órgãos públicos de âmbito federal, estadual, do Distrito Federal e municipal em decorrência de suas funções administrativas, legislativas e judiciárias” (BRASIL, 1991). Com relação às instituições privadas, a mesma lei afirma em seu § 1º, que “são também públicos os conjuntos de documentos produzidos e recebidos por instituições de caráter público, por entidades privadas encarregadas da gestão de serviços públicos no exercício de suas atividades” (BRASIL, 1991). Esses documentos são elaborados, recebidos e/ou relacionados às atividades institucionais e preservados em seus arquivos de acordo com a relevância que possuem para a mesma em cada ciclo de vida.

Para Rodrigues (2006, p.105), “arquivo é um conjunto de documentos produzidos e recebidos no decurso das ações necessárias para o cumprimento da missão predefinida de uma determinada entidade coletiva, pessoa ou família”, bem como “[...] os documentos nunca perdem o valor de informação e prova para o seu criador” (RODRIGUES, 2006, p.104) e os arquivos surgem de maneira tão natural que sua constituição se estabelece de forma a explicar as atividades daquela instituição por meio de sua produção documental.

Com as transformações sociais, históricas e políticas, as práticas arquivísticas também foram se transformando e, como forma de reduzir o extenso volume documental produzido, os documentos começaram a ser avaliados pelo seu valor e frequência de uso, ou seja, passaram a ter um ciclo de vida, corrente, intermediário e permanente, (RODRIGUES, 2006), os quais podemos verificar suas referidas definições no quadro abaixo:

Quadro 1 - Ciclo de vida dos documentos

Fase/ ciclo	Definição
Fase Corrente	Compostos por documentos que são constantemente solicitados pela organização;
Fase intermediária	Possui documentos que, apesar de serem pouco solicitados, aguardam sua destinação final;
Fase Permanente	Possuem documentos de relevante valor histórico ou probatório e que a instituição resolva conservar pela importância da preservação perante sua memória institucional.

Fonte: (RODRIGUES, 2006).

É necessária que seja realizada uma análise documental para que a eliminação não traga prejuízos e, por essa razão, recomenda-se a aplicação da Tabela de Temporalidade dos Documentos - TTD (vide exemplo da figura 1). Essa responsabilidade ficaria a cargo de uma Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, em cada organização. Essa mesma comissão seria responsável, também, pela elaboração e encaminhamento de uma Lista de Eliminação de Documentos para aprovação pela instituição à qual seja pertencente. Outrossim, nos casos necessários, um Edital de Ciência de Eliminação dos documentos a serem extintos, publicado em periódico oficial, ou ainda, caso não seja possível na opção supracitada, poderá ser veiculado localmente. Conforme a Resolução do Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ) nº 44, de 14 de fevereiro de 2020:

Art. 2º A autorização para a eliminação de documentos digitais e não digitais de que trata o art. 9º da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991, dar-se-á mediante aprovação do código de classificação de documentos e tabela de temporalidade e destinação de documentos elaborados pela Comissão Permanente de Avaliação de Documentos – CPAD de cada órgão ou entidade e aprovados pela instituição arquivística pública, em sua esfera de competência. (CONARQ, 2020, não paginado)

Figura 1 - Tabela de Temporalidade de Documentos do Ministério da Saúde - MS.

TABELA DE TEMPORALIDADE DE DOCUMENTOS DAS ÁREAS FINIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE				
ASSUNTO	PRAZOS DE GUARDA		DESTINAÇÃO FINAL	OBSERVAÇÕES
	Fase Corrente	Fase Intermediária		
422 DESENVOLVIMENTO E ELABORAÇÃO DE PLANOS DE CARGOS, CARREIRAS E SALÁRIOS	Enquanto vigora	8 anos	Guarda Permanente	Os documentos recapitulativos poderão ser eliminados após 4 anos.
423 PROVIMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE	Enquanto vigora	12 anos	Eliminação	
423.1 AUTORIZAÇÃO DE TRABALHO PARA MÉDICOS FORMADOS NO EXTERIOR	Enquanto vigora	50 anos	Eliminação	Nos casos dos médicos não efetivados a documentação poderá ser eliminada após 4 anos.
423.2 CANCELAMENTO DO REGISTRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	2 anos	50 anos	Eliminação	
423.3 REMANEJAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	4 anos	5 anos	Eliminação	
424 NEGOCIAÇÕES DAS RELAÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE	4 anos	8 anos	Guarda Permanente	Os documentos recapitulativos poderão ser eliminados após 4 anos.

Fonte: (MS, 2020b, p.51).

Ao considerar que o ciclo de utilidade de um documento se encerrou na instituição e que o mesmo deve ter uma destinação final, o mesmo deve ser encaminhado à análise para um parecer e, caso a comissão verifique valor histórico ou probatório, o documento fica no Arquivo Permanente. Caso contrário, a comissão deverá observar, previamente, com atenção Informações Objetivas da Qualidade, nº6, 2022.

se o documento possui algumas características apontadas abaixo se optar pela eliminação do mesmo:

[...] produção rotineira, repetitiva, volumosa e suas informações estão reproduzidas em outros documentos, [...] não causa prejuízo para a administração nem para o cidadão. [...] já cumpriram seus prazos de prescrição ou de precaução, deixando de ter os valores administrativo, legal ou fiscal, e que apresentam valores probatório e informativo (valor secundário) [...]. Devem também ser definitivamente preservados os documentos que comprovam direitos dos cidadãos [...]. (RIBEIRO, ATINA, 2017, p.242)

Os documentos provenientes dos arquivos privados também são considerados de interesse público, ou podem ser transferidos ou alienados, de acordo com o texto dos arts. 12 ao 16 da lei 8.159, bem como, caso tenham relevante interesse histórico-social ou caráter informativo. Em caso de eliminação de documentos considerados de guarda permanente, também devem ser analisados com os mesmos critérios de avaliação, autorização e aplicação da lei 8.159, que em seu art. 25, trata da punibilidade em caso de estrago, adulteração ou destruição de documento considerado de interesse público ou de relevante valor histórico. (BRASIL, 1991).

A importância da gestão documental se torna ainda mais evidente ao observarmos o mundo pós-pandemia, quando o processo de difusão informacional acontece de modo quase instantâneo aos acontecimentos. O desafio nesse processo não é apenas recuperar fácil, rapidamente, mantendo o controle dessa informação armazenada, mas também que esse processo se dê de forma que a informação recuperada seja íntegra, confiável e que não viole os dados fornecidos pelos usuários desses sistemas.

A ISO 9001:2015, que trata sobre os requisitos para a gestão da qualidade, estabelece no item 7.5.2, referente a Informação Documentada, como a informação deve ser criada, analisada e aprovada em um Sistema de Gestão de Qualidade (SGQ), seguindo requisitos que vão desde a identificação, formato, meio de armazenamento (ALONÇO, 2018). A mesma norma orienta também, em seu item 7.5.3 sobre como a informação em um sistema de gestão de qualidade (SGQ) deve ser controlada, estabelecendo requisitos como: controle, segurança, integridade dos dados, acessibilidade pelos usuários.

Sobre a preservação como prova de conformidade, Dröge (2022) aponta que se refere a um requisito cuja importância está para além do Sistema de Gestão, vez que este aspecto pode também desempenhar um papel muito importante no contexto de questões legais.

Informações Objetivas da Qualidade, nº6, 2022.

Quanto à temporalidade da guarda dos prontuários médicos, em conformidade com a lei 13.787, de 27 de dezembro de 2018, que disciplina sobre a digitalização, processo de informatização, armazenamento e controle dos prontuários médicos, em seu art. 6º, exige que tanto os prontuários em papel, como em formato digital podem ser eliminados decorrido o prazo de 20 anos, desde que aprovados os critérios da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos. Alternativamente a essa decisão, o prontuário poderia ser devolvido ao paciente (art. 6º, §2º, BRASIL, 2018b).

Art. 6º Decorrido o prazo mínimo de 20 (vinte) anos a partir do último registro, os prontuários em suporte de papel e os digitalizados poderão ser eliminados.

§ 1º Prazos diferenciados para a guarda de prontuário de paciente, em papel ou digitalizado, poderão ser fixados em regulamento, de acordo com o potencial de uso em estudos e pesquisas nas áreas das ciências da saúde, humanas e sociais, bem como para fins legais e probatórios.[...]

§ 3º O processo de eliminação deverá resguardar a intimidade do paciente e o sigilo e a confidencialidade das informações.

§ 4º A destinação final de todos os prontuários e a sua eliminação serão registradas na forma de regulamento.

§ 5º As disposições deste artigo aplicam-se a todos os prontuários de paciente, independentemente de sua forma de armazenamento [...]. (BRASIL, 2018b, não paginado).

Gerenciamento de documentos hospitalares: uma boa prática organizacional

A Autoridade Reguladora da Qualidade dos Serviços de Saúde - ARQS, em seu Guia Instrutivo de Avaliação de Boas Práticas dos Serviços Hospitalares, descreve como um requisito de boa prática organizacional os “atos administrativos que estabelecem as regras para a gestão de documentos” (CEARÁ; 2022, p.25). É esperado que tal requisito seja atendido, considerando que em ambientes hospitalares são produzidos os mais variados tipos de documentos, desde os administrativos, relacionados com a estrutura funcional até às informações dos usuários e suas histórias de saúde, cujos documentos produzidos seriam seus prontuários.

De acordo com a Resolução CFM 1.821/2007 o prontuário pode ser compreendido como:

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 comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. (CFM, 2007)

Em se tratando de Gerenciamento Eletrônico de Documentos - GED e de Prontuários Eletrônicos do Paciente -PEP, há o diferencial de serem padronizados e digitalizados. Para Sanches (2020), dentre as várias vantagens de utilização do PEP, estão: controle de informações facilitado pelo GED; personalização de dados dos pacientes, ao propiciar a criação de fichas de acordo com a necessidade de cada paciente; controle do estado de saúde dos mesmos, bem como acesso de modo remoto e restrito apenas às pessoas autorizadas da área e do interesse (profissionais de saúde e paciente/responsável) por meio de sistema; redução de custos com papel, ampliação de espaço e agilidade no tempo na recuperação dos documentos ao realizar a digitalização dos prontuários e possibilitando assim, melhoria na qualidade da atenção ao paciente. Além das vantagens descritas, ressalta-se que o uso do PEP confere maior segurança, já que, conforme supracitado, o acesso dos dados deve ser feito por profissionais da área da Saúde ou Vigilância Sanitária-VISA (BRASIL, 2018a).

De maneira geral, para a guarda e controle do prontuário, existe o setor de arquivo hospitalar que é responsável por gerenciar a produção documental referente aos documentos administrativos e gerenciamento de pacientes. O prontuário é o principal tipo de documento ali armazenado, contendo informações específicas sobre os pacientes atendidos em determinada instituição. Sendo estas pessoas, clínicas e demográficas, esses prontuários trazem em seus registros dados pessoais dos pacientes, e portanto não podem ser disponibilizados sem que atendam as normas e diretrizes da lei nº 13.709, também conhecida como a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), instituída em 14 de agosto de 2018. (BRASIL, 2018a).

Quanto à digitalização e/ou compartilhamento de quaisquer dados, destaca-se que devem ser previamente autorizados pelo paciente, resguardando seu anonimato, estando regidos e protegidos pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD, nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, que em seu art.13 orienta que

Na realização de estudos em saúde pública, os órgãos de pesquisa poderão ter acesso a bases de dados pessoais, que serão tratados exclusivamente dentro do órgão e estritamente para a finalidade de realização de estudos e pesquisas e mantidos em ambiente controlado e seguro, conforme práticas de segurança previstas em regulamento específico e que incluam, sempre que possível, a anonimização ou pseudonimização dos dados, bem como considerem os devidos padrões éticos relacionados a estudos e pesquisas. (BRASIL, 2018a, não paginado).

A Proteção de dados é uma ação imperativa dos hospitais, uma vez que constantemente, deparamo-nos com vazamentos de dados de usuários da internet e, o sistema Informações Objetivas da Qualidade, nº6, 2022.

de saúde não está imune. No início 2017, houve vazamento de dados de pacientes (como nome, RG, CPF, entre outros), que possuíam cadastro do Cartão Nacional da Saúde (PORTAL TELEMEDICINA 2022). Em 2020, o Conselho Nacional de Saúde - CNS cobrou explicações do Ministério da Saúde quanto à indisponibilização de ferramentas utilizadas no monitoramento, assistência à saúde e controle epidemiológico (tais como E-SUS VE e o SIVEP Gripe) revelando “[...] os aspectos de insegurança da informação coletada e disponibilizada nestes sistemas. Assim como a divulgação de senhas de acesso e, conseqüentemente, de dados pessoais de usuárias e usuários atendidos nos setores público e privado no país. Informações que jamais poderiam ser publicizadas sem autorização.” (BRASIL, 2020a, não paginado).

Nesse contexto, o processo de Gestão de documentos está relacionado ao tratamento dos documentos internos dos hospitais, de modo a garantir sua busca e recuperação de modo célere, bem como “demonstram como eles foram elaborados, padronizados, validados, e que são controlados e revisados conforme métodos estabelecidos pelo serviço”. (CEARÁ; 2022, p.25).

Segundo a Resolução do Conselho Federal de Medicina - (CFM nº 1.821/, 2007, não paginado) é de responsabilidade da organização de saúde, a guarda; a autorização da digitalização e eliminação, “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”. Assim, como o gerenciamento dos documentos é de responsabilidade da Unidade Hospitalar, a análise, revisão, padronização e o tratamento dos mesmos são das Comissões instituídas pela mesma Unidade. As digitalizações dos documentos devem estar íntegras e devem ser controladas via GED. (art. 2º, §1º-§2º, CFM, 2007).

Tanto o texto da Resolução do CFM 1.821 de 2007, quanto o da Lei 13.787, concordam sobre a importância de requisitos de nível de garantia de segurança - NGS2. A lei 13.787, em seu art. 2º, §2 diz que, como garantia de segurança: “No processo de digitalização será utilizado certificado digital emitido no âmbito da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil) ou outro padrão legalmente aceito”. (BRASIL, 2018b,). Assim, podem ser considerados NGS2: o uso de chaves públicas, certificado digital ICP-Brasil, assinatura digital e o CRM Digital. Trata-se de condições que devem ser atendidas no que se refere ao

processo de digitalização, bem como para eliminação de registros em papel, garantindo assim a autenticidade do conteúdo. (CFM, 2007).

Mas, e quais seriam as consequências da má gestão documental em ambientes hospitalares? No sistema público, acarretaria prejuízo para o usuário (podendo gerar processo e consequente indenização por dano moral, caso comprovado abalo de ordem moral ou psicológica). Também para o médico que, sem conseguir acesso aos documentos de seus pacientes de maneira integral, acaba por passar por transtornos no atendimento e assistência ao paciente. Já para instituições privadas, pode ir além, gerando multas das mais diversas finalidades (trabalhistas, contratuais, fiscais etc.), e não-atendimento em caso de falha no sistema ou perda de documento do paciente e/ou funcionário que acaba por barrar algum acesso informacional ou restringir algum direito. De acordo com Fernandes (2020), em caso de perda de documentos, quando couber, as medidas a serem tomadas são: deve ser registrado um Boletim de Ocorrência; comunicado aos Conselhos responsáveis; comunicado ao paciente sobre o ocorrido, à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), como incidente de sob pena de multa de 2% do faturamento anual; e por fim, providenciado um novo prontuário. (FERNANDES, 2020).

Recomendações de Boas Práticas para a Gestão Documental

Em pesquisa realizada, identificou-se boas práticas para a gestão documental adotadas por instituições hospitalares nacionais, destaca-se:

- A formulação de Norma para a Elaboração e Controle de Documentos Institucionais aplicável em todo o hospital, cujo objetivo é estabelecer regras para elaboração, padronização, atualização, controle, distribuição/divulgação e hierarquia dos documentos internos relacionados ao sistema de gestão da qualidade, de modo a garantir a correta rastreabilidade dos documentos, manter a qualidade e clareza das informações necessárias para execução dos serviços e assegurar a devida revisão e aprovação;
- Os documentos devem representar atividades que acrescentem valor e que tenham o intuito de ajudar a melhorar os processos na instituição. Estes devem ser formatados de acordo com os padrões já normatizados definidos pela instituição; Classificar os documentos de acordo com o processo de tomada de decisão: em nível estratégico tais como: Política Institucional, Regimento,

Regulamento, Norma, Programa e Manual; nível tático como: Plano, Protocolo, Fluxograma e Mapeamento de Processos; e de nível operacional como: Ordem de Serviço, Documentos Externos e Procedimentos/Rotina;

- Promover a divulgação e o treinamento de sua equipe após validação e aprovação do documento.

Em relação ao controle e qualidade dos prontuários físicos, são estabelecidas Comissões de Revisão de Prontuários, que tem como responsabilidades:

- Identificação das necessidade de melhoria da estrutura física dos prontuários físicos e eletrônicos;
- Avaliação sistemática da qualidade da elaboração, preenchimentos dos documentos e instrumentos utilizados;
- Estabelecer a obrigatoriedade de manter a legibilidade da letra do profissional e a identificação dos profissionais que realizaram o atendimento; (assinatura do médico e CRM);
- Estabelecer a responsabilidade quanto ao preenchimento, guarda e manuseio do prontuário;
- Estabelecer o registro obrigatório em prontuário único, das atividades desenvolvidas pelas diversas categorias profissionais;
- Orientar quanto ao que não deve ser feito no prontuário como: escrever a lápis, usar líquido corretor, deixar folhas em branco, fazer anotações que não se referem à paciente;
- Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel como: a) Identificação do paciente; b) Anamnese; c) Exame físico; d) Hipóteses diagnósticas; e) Diagnóstico(s) definitivo(s); f) Tratamento(s) efetuado(s). g) Registro diário da evolução clínica e h) Procedimentos e condutas.

Por fim, como recomendações de boas práticas para a gestão documental em serviços hospitalares, elenca-se a seguir, no Quadro 2, um conjunto de requisitos de Boas Práticas voltados para a Gestão Organizacional que estão diretamente relacionados com a

gestão documental, conforme o Guia Instrutivo para Avaliação de Boas Práticas nos Serviços Hospitalares, estabelecido pela ARQS.

Quadro 2 - Classificação de Boas Práticas para Gestão Organizacional.

EIXO 1. BOAS PRÁTICAS PARA GESTÃO ORGANIZACIONAL	
1.2 GESTÃO DA QUALIDADE	1.6 GESTÃO DA SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO
<p>1.2.1 Possui Política de Gestão da Qualidade estabelecida e disseminada</p> <p>1.2.2 Possui Núcleo da Qualidade em funcionamento</p> <p>1.2.3 Gerencia os processos de trabalho de forma sistêmica e integrada com as unidades funcionais</p> <p>1.2.4 Possui método de elaboração, padronização, validação, controle e revisão de documentos</p> <p>1.2.5 Adota logística e padronização dos prontuários.</p> <p>1.2.6 Identifica o perfil assistencial do serviço</p> <p>1.2.7 Identifica o perfil epidemiológico de seus usuários.</p> <p>1.2.8 Dissemina os processos assistenciais aos profissionais e as unidades funcionais (Protocolos, Rotinas, Pop's etc)</p> <p>1.2.9 Define critérios de avaliação, incorporação e aquisição de novas tecnologias.</p> <p>1.2.10 Estabelece e documenta ciclos de melhoria contínua da qualidade para intervenção em problemas prioritários</p> <p>1.2.11 Desenvolve capacitações sobre o uso de Ferramentas da Qualidade</p> <p>1.2.12 Realiza auditorias de qualidade dos processos assistenciais sistematicamente</p> <p>1.2.13 Acompanha e avalia as atividades das Comissões Técnicas Obrigatórias</p> <p>1.2.14 Possui acreditação de serviços vigente e emitida por entidades devidamente reconhecidas em certificação da qualidade de estabelecimentos de saúde</p>	<p>1.6.1 Possui Política de Segurança da Informação.</p> <p>1.6.2 Possui Comissão de Revisão de Prontuários.</p> <p>1.6.3 Dispõe de sistemas e tecnologias da informação integradas e adaptadas às necessidades institucionais.</p> <p>1.6.4 Possui prontuário eletrônico integrado para registrar a informação gerada durante a assistência.</p> <p>1.6.5 Estabelece mecanismos e procedimentos para armazenamento de dados de forma segura.</p> <p>1.6.6 Dispõe de meios que permitem garantir a segurança, confidencialidade, posse e acesso restrito à informação clínica e das pessoas.</p> <p>1.6.7 Garante que a informação manipulada mantenha todas as características originais estabelecidas pelo proprietário da informação, incluindo controle de mudanças.</p> <p>1.6.8 Possui plano de contingência em situações de ataques (hackers), quedas de sistemas e perda de dados.</p>

Fonte: (CEARÁ; 2022).

Deve-se observar que os requisitos acima são utilizados como referência/norteadores para a verificação da conformidade dos estabelecimentos hospitalares do estado do Ceará.

REFERÊNCIAS

ALONÇO, Guilherme. **ISO 9001 requisitos: 7.5 – Informação Documentada**. Campinas, 2018. Não paginado. Disponível em: <https://certificacaoiso.com.br/iso-9001-requisitos-7-5-informacao-documentada/>. Acesso em: 11 de nov. 2022.

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. Brasília: MS, 1991. Não paginado. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8159.htm. Acesso em: 11 de nov. 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). Brasília: MS, 2018a. Não paginado. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm. Acesso em: 11 de nov. 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018**. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. Brasília: MS, 2018b. Não paginado. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13787.htm. Acesso em: 11 de novembro de 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Nota Pública: CNS pede explicações ao Ministério da Saúde sobre vazamento de dados de pacientes do SUS**. Brasília, 09 de dez. de 2020. Brasília: MS, 2020a. Não paginado. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1533-nota-publica-cns-pede-explicacoes-ao-ministerio-da-saude-sobre-vazamento-de-dados-de-pacientes-do-sus>. Acesso em: 15 de nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Arquivo e Gestão de Documentos. **Código de classificação e tabela de temporalidade e destinação de documentos de arquivo relativos às atividades-fim do ministério da saúde**. Brasília: MS, 2020b. Não paginado. Disponível em: https://www.gov.br/arquivonacional/pt-br/servicos/gestao-de-documentos/orientacao-tecnica-1/codigo-de-classificacao-e-tabela-de-temporalidade-e-destinacao-de-documentos-de-arquivo/CCD_MS_final.pdf Acesso em: 02 nov. 2022.

CEARÁ. Secretaria da Saúde - SESA. Autoridade Reguladora da Qualidade dos Serviços de Saúde - ARQS. **Guia instrutivo para avaliação das boas práticas: serviços hospitalares**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (ESPCE), 2022. 179p. ISBN 978-65-866-49-23-9. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/download/arqs-publicacoes/> Acessado em: 4 de nov. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **Resolução CFM nº1821 de 23 de novembro de 2007**. De fine prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil. 2007 Nov 23; Seção I:252. Não paginado. Disponível em: https://mycroarq.com.br/wp-content/uploads/2020/09/RESOLUCAO_CFM_N.1.821_DE_23_072007.pdf. Acessado em: 23 nov. 2022.

Informações Objetivas da Qualidade, nº6, 2022.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS - CONARQ. **Resolução nº 44, de 14 de fevereiro de 2020.** Dá nova redação aos artigos 1º, 2º e 3º e respectivos anexos 1, 2 e 3 da Resolução nº 40, de 9 de dezembro de 2014, que dispõe sobre os procedimentos para a eliminação de documentos no âmbito dos órgãos e entidades integrantes do Sistema Nacional de Arquivos - SINAR. Não paginado. Disponível em: <https://www.gov.br/conarq/pt-br/legislacao-arquivistica/resolucoes-do-conarq/resolucao-no-44-de-14-de-fevereiro-de-2020>. Acesso em: 14 nov. 2022.

DRÖGE, Ute. **O que é informação documentada?** São Paulo, 09 mar. 2022. Não paginado. Disponível em: <https://www.dqsglobal.com/pt-br/blog/o-que-e-informacao-documentada#wie-wird-dokumentierte-information-definiert-chapter01>. Acesso em: 17 nov. 2022.

EBSERH. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO- **NOO-1 Elaboração e aprovação de documentos HUAC.** v.1, 23 jan. 2021. Campina Grande, 2021. 11p.

EBSERH. Diretrizes de Regulação Assistencial do Hospital Universitário de Santa Maria. Gestão de Arquivo e Documentação Clínica. HUSM - Santa Maria-RS: UFSM, 2017.

FERNANDES, Fernando. **O que fazer em caso de perda de prontuário médico?** Brasília - DF, 2020. Não paginado. Disponível em: <https://fernandofernandesnet.jusbrasil.com.br/artigos/802615219/o-que-fazer-em-caso-de-perda-de-prontuario-medico>. Acesso em: 23 nov. 2022.

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH. **Diretrizes e Gestão do Prontuário:** Hospital Regional do Sertão Central. Ceará - Sertão Central: ISGH, 2020. Disponível em: https://isgh.org.br/intranet/images/Dctos/PDF/HRSC/HRSC_MANUAIS/HRSC_MANUAL_DGP_301020.pdf. Acesso em: 14/12/2022.

JARDIM, José Maria. O conceito e a prática da gestão de documentos. *In: BASES PARA A IMPLANTAÇÃO DE UM ARQUIVO MODERNO: O ARQUIVO PÚBLICO DA CIDADE DE BELO HORIZONTE*, 1., 1990, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Cultura, 1991. Não paginado. Disponível em: <https://arquivoememoria.files.wordpress.com/2009/05/o-conceito-e-pratica-gestao-documentos.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2022.

PORTAL TELEMEDICINA. **LGPD na Saúde:** como garantir a segurança de dados dos pacientes. Barueri, São Paulo, 08 de fev. 2022. Não paginado. Disponível em: https://portaltelemedicina.com.br/blog/lgpd-na-saude-como-garantir-a-seguranca-de-dados-dos-pacientes#O_que_muda_na_pratica_com_a_LGPD_na_Saude. Acesso em: 15 de nov. 2022.

RIBEIRO, Camila Giovana; ATTINA, Bruna. **Projeto para elaboração de planos de classificação e tabelas de temporalidade de documentos das Atividades-fim da administração pública estadual segundo a metodologia funcional:** experiência do Arquivo

Informações Objetivas da Qualidade, nº6, 2022.

Público do Estado na implementação da gestão documental em cinco órgãos estaduais. Arquivos, entre tradição e modernidade: trabalhos apresentados nas sessões de comunicações livres e os eventos paralelos do XI Congresso de Arquivologia do Mercosul [recurso eletrônico]. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: Associação de Arquivistas de São Paulo (ARQ-SP), 2017. v. 2, p. 321-334. (Eventus, v. 2). Disponível em: http://arqsp.org.br/wpcontent/uploads/2017/09/XI-CAM-VOL.-2_e-book.pdf. Acessado em: 16 nov. 2017.

RODRIGUES, Ana Márcia. A teoria dos Arquivos e a gestão de documentos. **Perspect. ciênc. inf.**, Belo Horizonte, v.11 n.1, p. 102-117, jan./abr. 2006.

SANCHES, Julia. **Quais as vantagens do prontuário eletrônico?** Chapecó - SC, 3 de nov. 2020. Não paginado. Amplimed: Atendimento Médico. Disponível em: <https://www.amplimed.com.br/vantagens-do-prontuario-eletronico/> Acesso em: 17 nov. 2022.

SCHELLENBERG, T. R. **Arquivos modernos: princípios e técnicas**. 6 ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007.



Av. Almirante Barroso, 600 Praia de Iracema.
CEP 60.060-440