

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS, COMUNICAÇÃO E ARTES  
CURSO DE BIBLIOTECONOMIA

JANICLÉZIA DE ARAÚJO SANTOS

ORGANIZAÇÃO DE PRONTUÁRIOS DE PACIENTES EM UNIDADES DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA DE MACEIÓ-ALAGOAS

MACEIÓ  
2023

JANICLÉZIA DE ARAÚJO SANTOS

ORGANIZAÇÃO DE PRONTUÁRIOS DE PACIENTES EM UNIDADES DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA DE MACEIÓ-ALAGOAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Biblioteconomia da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para à obtenção do título de Bacharel em Biblioteconomia. Aprovado conforme a Resolução No 04/2017 - CBIB/UFAL, de 23 de agosto de 2017.

Data de Aprovação: 19 de maio de 2022.

**Banca Examinadora:**

---

Profa. Dra. Francisca Rosaline Leite Mota – UFAL (Orientadora)

---

Prof. Dr. Edivanio Duarte de Souza – UFAL (Examinador Interno)

---

Profa. Dra. Nelma Camelo de Araújo – UFAL (Examinador Interno)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS INSTITUTO DE CIÊNCIAS  
HUMANAS, COMUNICAÇÃO E ARTES  
CURSO DE BIBLIOTECONOMIA

**ATA DA REUNIÃO DE JULGAMENTO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

ALUNO (a): JANICLÉZIA DE ARAÚJO SANTOS MATRÍCULA: 17211131

TÍTULO DO TCC: ORGANIZAÇÃO DE PRONTUÁRIOS DE PACIENTES EM  
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MACEIÓ-ALAGOAS

Aos dezenove dias do mês de maio do ano de 2023, reuniu-se a Comissão Julgadora do trabalho acima referido, assim constituída:

Prof.(a) Orientador(a): FRANCISCA ROSALINE LEITE MOTA

Prof.(a) Examinador(a): EDIVANIO DUARTE DE SOUZA


Prof.(a) Examinador(a): NELMA CAMÊLO DE ARAUJO

A comissão julgou o trabalho (X) APROVADO ( ) REPROVADO

Em consonância com o que preconiza o Art.38 da Resolução Nº 04/2017 - CBIB/UFAL, de 23 de agosto de 2017, a Comissão Julgadora atribuiu a seguinte nota: **10,0** (dez).


Estando todos/as de acordo, lavrou-se a presente ata que segue assinada pela Comissão.

Maceió, 19 de maio de 2023.

Documento assinado digitalmente  
 FRANCISCA ROSALINE LEITE MOTA  
Data: 20/05/2023 19:37:00-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


---

Profa. Dra. Francisca Rosaline Leite Mota – UFAL (Orientadora)

Documento assinado digitalmente  
 EDIVANIO DUARTE DE SOUZA  
Data: 21/05/2023 22:05:02-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Prof. Dr. Edivanio Duarte de Souza – UFAL (Examinador Interno)

Documento assinado digitalmente  
 NELMA CAMELO DE ARAUJO  
Data: 21/05/2023 15:10:21-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Profa. Dra. Nelma Camelo de Araújo – UFAL (Examinador Interno)

**Eixo Temático:** Tecnologias de Informação

**ORGANIZAÇÃO DE PRONTUÁRIOS DE PACIENTES EM UNIDADES DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA DE MACEIÓ-ALAGOAS**

***ORGANIZATION OF PATIENT RECORDS IN FAMILY HEALTH UNITS IN MACEIÓ-  
ALAGOAS***

Janiclézia de Araújo Santos – Universidade Federal de Alagoas -  
janiaraujo28@gmail.com

Francisca Rosaline Leite Mota - Universidade Federal de Alagoas –  
rosalinemota@gmail.com

**Resumo:** Discorre sobre a importância da organização da informação no contexto da saúde, tendo como objetivo geral foi estudar as condições de organização de prontuários de pacientes em duas unidades de saúde da família, localizadas no município de Maceió, estado de Alagoas, Brasil. A metodologia utilizada nesta pesquisa está baseada em pesquisa exploratória de abordagem qualitativa. Os instrumentos de coleta de dados foram a observação e um questionário aplicado junto aos funcionários que atuam no arquivo das unidades de saúde pesquisadas. Conclui que o número de profissionais é considerado suficiente para atender as demandas da unidade, mas, nenhum passou por qualquer tipo de treinamento relacionado à organização de prontuários para atuar no setor. Conclui também que há a necessidade de modernizar as técnicas de armazenamento e recuperação dos prontuários com a introdução de tecnologias digitais, como é o caso do prontuário eletrônico de paciente.

**Palavras-chave:** Prontuário de paciente; arquivo de instituições de saúde; gestão documental.

**Abstract:** It discusses the importance of organizing information in the context of health, with the general objective of studying the conditions of organization of patient records in two family health units, located in the city of Maceió, state of Alagoas, Brazil. The methodology used in this research is based on exploratory research with a qualitative approach. The data collection instruments were observation and a questionnaire applied to the employees who work in the archive of the researched health units. It concludes that the number of professionals is considered sufficient to meet the demands of the unit, but none has undergone any type of training related to the organization of medical records to work in the sector. It also concludes that there is a need to modernize the techniques for storing and retrieving medical records with the introduction of digital technologies, such as the electronic patient record.

**Keywords:** Patient record; archive of health institutions; document management.

## 1 INTRODUÇÃO

As unidades básicas de saúde (UBS) são a porta de entrada para o atendimento ao paciente junto aos serviços de saúde no Brasil, sendo de indiscutível importância. O registro de

informação em saúde é fundamental para o funcionamento adequado de tais unidades. Em muitas delas possível observar que os arquivos médicos são organizados de diferentes maneiras e os prontuários dos pacientes arquivados por diferentes formas, o que despertou o interesse pela realização do presente estudo que possui o objetivo geral de estudar a organização de prontuários de pacientes em unidades de saúde da família em Maceió, Alagoas.

Os objetivos específicos foram: analisar a organização dos prontuários de pacientes em unidades de saúde da família; identificar a formação dos profissionais que atuam nos arquivos das unidades de saúde pesquisadas, bem como, investigar a existência de treinamentos relacionados à organização de prontuários e; discutir sobre gestão documental de prontuários de paciente.

Com o desejo de contribuir com a organização e gestão documental de prontuários, esta pesquisa apresenta informações relevantes para a gestão documental de prontuários de pacientes, uma vez que, um arquivo organizado e padronizado possibilita a recuperação da informação de forma rápida e eficaz para a instituição de saúde, para a equipe de saúde e para o paciente.

O texto foi estruturado em 5 seções. A primeira seção apresenta a introdução. A segunda seção traz todo o referencial teórico que discute a importância do prontuário de paciente. A terceira seção apresenta a metodologia utilizada. Na quarta seção temos a análise e discussão dos resultados. Por fim, na quinta e última seção são apresentadas as conclusões da pesquisa.

## 2 A IMPORTÂNCIA DOS PRONTUÁRIOS DE PACIENTE

O registro de informações na área da saúde remonta ao século V a.C. Aquela época Hipócrates, considerado o pai da medicina, fazia os registros dos pacientes, baseados na ordem cronológica do atendimento, em um único documento. Este método também foi aplicado em 1880 por William Mayo, fundador da clínica Mayo em Minnesota, nos Estados Unidos. Contudo, a recuperação da informação sobre um paciente específico era feita com dificuldade, para solucionar o problema a clínica Mayo, adota em 1907, um arquivo para registro individual de paciente, originando desta forma, o registro centrado no paciente, conforme aponta Pinto e Soares (2010 p.24).

No Brasil, o registro das informações na saúde teve início em 1943, no Hospital das clínicas da Universidade de São Paulo, através da professora Lourdes de Freitas Carvalho, que se especializou nos Estados Unidos (MEZZOMO, 1982, p.25).

Dentre os documentos mais importantes de registro de informação em saúde, temos o prontuário do paciente. O termo prontuário, do latim *promptuarium*, significa lugar onde se guardam ou depositam as coisas que se pode necessitar a qualquer instante. Comumente denominado prontuário médico, pelo fato de ser o médico o profissional responsável pelas anotações no documento. No entanto, pesquisas relacionadas à temática esclarecem que este documento trata de informações centradas no paciente. Mezzomo (1982, p.245) aponta que o prontuário médico “é o conjunto de informações referente a um paciente e sua doença”. Mota (2006, p.55) chama atenção para “[...] uma mudança significativa na relação médico-paciente e, em consequência disto a ideia de prontuário como documento pertencente aos profissionais da área da saúde também mudou”. A autora também complementa que o “paciente passa a ter um maior poder de decisão em relação à disposição das informações que lhe dizem respeito e que estão armazenadas em seu respectivo prontuário. O prontuário passa a ser do paciente e não do médico”.

Destacamos também que o prontuário é um documento administrativo, legal, que tem como objetivo o registro de informações concernentes à saúde do paciente em todo o período de permanência em uma instituição de saúde. As anotações consistem em registros de consultas realizadas por profissionais da saúde, bem como, medicação prescrita, exames solicitados, entre outros. Assim, Pinto (2006, p. 37) define prontuário como:

[...] um documento que contém registradas todas as informações concernentes a um paciente, sejam elas de caráter de identificação, socioeconômico, de saúde (as observações dos profissionais de saúde, as radiografias, as receitas, os resultados dos exames, o diagnóstico dos especialistas, a notas de evolução redigidas pelo pessoal da enfermagem com relação ao progresso observado) ou administrativo, dentre outros. Na verdade, trata-se da memória escrita da pessoa doente, sendo, portanto, indispensável, para a comunicação intra e entre a equipe de saúde e o paciente, a continuidade, a segurança, a eficácia e a qualidade de seu tratamento.

Conforme Mezzomo (1982, p.167) O prontuário “é o conjunto de documentos padronizados, destinados ao registro da assistência prestada ao paciente desde a sua matrícula até a sua alta”. O Conselho Federal de Medicina (CFM) através da Resolução de nº 1.638 de 2002 aponta a seguinte definição de prontuário:

[...] 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 prestada ao indivíduo.

Os registros devem ser realizados por todos os profissionais envolvidos no atendimento clínico, pois através destes será possível o compartilhamento de informações, o que facilita a comunicação em um atendimento multiprofissional, possibilitando desta forma, a melhor escolha para o tratamento adequado. Pinto e Soares (2010, p.23) destacam que:

[...] o prontuário representa o veículo de comunicação entre os membros da equipe de saúde responsável pelo atendimento ao cliente-paciente. As informações ali registradas são que vão subsidiar a continuidade e a verificação do estado evolutivo do cuidado, quais procedimentos resultam em melhoria ou não do problema inicial identificado, que originou a busca pelo atendimento.

Para as autoras citadas o registro no prontuário desempenha uma importante função no tocante a comunicação e o compartilhamento de informação entre a equipe médica. Essa troca de conhecimentos relacionados ao caso clínico do paciente permite aos profissionais a continuidade do tratamento, sendo possível, desta forma observar de forma minuciosa o quadro evolutivo do doente. Com relação a funcionalidade Pinto e Soares (2010, p. 25) apresenta as principais funções exercidas pelo prontuário:

- a) apoiar o cuidado, servindo de fonte de informação e para tomada de decisão e fonte de informação que é compartilhada entre profissionais.
- b) apresentar o relatório legal das ações médicas.
- c) apoiar a pesquisa (estudos clínicos, epidemiológicos, avaliação de qualidade).
- d) Promover o ensino e gerenciamento do custo.

Dessa forma, o PP é um instrumento indispensável no atendimento médico, permite ao médico ter conhecimento do estado de saúde do paciente de maneira mais ampla, pois têm acesso aos registros dos demais profissionais envolvidos no atendimento, permite a instituição avaliar a conduta do profissional na assistência prestada, com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento, desempenha também função importante para o indivíduo, haja vista possibilitar o acesso a informação sobre procedimentos adotados em cirurgias, internações, administração de medicamentos entre outros. Santos, Vitoriano e Martins (2019, p. 214) afirma que:

[...] o prontuário do paciente é um documento que facilita a tomada de decisão dos profissionais que atuam em instituições de saúde, pois oferece diariamente um aglomerado de dados e informações sempre relativos ao estado e cuidado da saúde do paciente. O prontuário também pode ser visto como a memória física e registrada dos profissionais da área da saúde, que registram, cotidianamente, suas ações diante do cuidado prestado à população. Mais que isso, o prontuário também assume valor jurídico e trabalhista, pois é um documento fiel de prova, além de também conter

informações que oferecem demandas de identificação coletiva sobre o estado de saúde e aspectos socioeconômicos da população assistida por determinada instituição.

Para Mezzomo (1982, p.246) o prontuário é uma documentação de grande valor para o paciente, para o médico, para o hospital, para o ensino e pesquisa e para a equipe de saúde, servindo de defesa e proteção de todos. O Prontuário do Paciente é considerado um documento sigiloso, pois contém dados de identificação pessoal do paciente como nome, sexo, endereço, filiação, naturalidade bem como, laudo de exames e diagnóstico. Segundo a Resolução CFM nº 1997/2012 [...] "O conteúdo do prontuário, lavrado pelo médico e pertencente ao paciente, é um documento amparado pelo sigilo profissional, de acordo com o art. 5, XIV da CF/88". Nesse sentido, Tonello, Nunes e Panaro (2013, p. 201) corrobora que:

[...] o prontuário do paciente possui a característica de documento sigiloso, pessoal, privado e confidencial, pois em seus registros constam informações pessoais do paciente, tais como: sua identificação completa, sexo, filiação, naturalidade e endereço, assim como, seus exames e os respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico e tratamento. Nele estão registradas todas as informações pessoais referentes aos cuidados médicos e serviços prestados ao paciente, informações a respeito da sua saúde, e a sua intimidade física e mental.

Diante do exposto, é necessário que o manuseio do PP seja restrito à equipe médica que realizou o atendimento a fim de preservar a privacidade do indivíduo. A Resolução CFM nº 1.638/2002 determina que a responsabilidade pelo prontuário se restringe “ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham o atendimento.” De acordo com a Resolução CFM nº 2.217/2018), é vedado ao médico:

Art. 73 Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente. Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha (nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento); c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

Art. 74 Revelar sigilo profissional relacionado a paciente criança ou adolescente, desde que estes tenham capacidade de discernimento, inclusive a seus pais ou representantes legais, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.

Galvão e Ricarte (2011, p. 81) relatam que as informações registradas no prontuário do paciente pelos profissionais da saúde possuem grande diversidade temática referentes à identificação pessoal, histórico de doenças, exames, pareceres e demais informações relacionadas ao período de assistência médica prestada. Molina e Lunardelli (2010, p. 76) acrescenta que “[...] as informações contidas nos prontuários devem ser sistematicamente



organizadas e tratadas, uma vez que, além de registrar as queixas do paciente, armazena informações a respeito dos cuidados prestados e dos custos decorrentes desses atendimentos”.

A produção do Prontuário do Paciente deve ser iniciada com o preenchimento dos dados de identificação do paciente, logo após a sua entrada na unidade de saúde, seguido dos registros de exames e consultas. Com o objetivo de evitar o esquecimento em registrar alguma informação por parte do profissional, é essencial que o preenchimento dos dados seja realizado no momento da assistência prestada. Galvão e Ricarte (2011, p.88) relatam que [...] é importante que toda equipe multiprofissional de saúde receba capacitação contínua e se pautem em diretrizes (locais, regionais, nacionais e internacionais) estabelecidas para realizar os registros a fim de que os dados coletados possuam coerência e sejam passíveis de compreensão e comparação futura. Para França (2014, p.28) “os prontuários quando preenchidos corretamente formam a principal defesa do médico e demais profissionais de saúde em casos de denúncia, este documento torna-se a prova que acusa ou defende o médico”.

Conforme Mezzomo (1982, p.255) um prontuário incompleto não pode ter a mesma utilidade de outro completo. O não registro em forma sistemática dos dados impede o estudo comparativo tão importante para aprendizagem e auditoria. No atendimento clínico ambulatorial ou hospitalar, o paciente é atendido por especialistas em diversas áreas, a exemplo de medicina, enfermagem, nutricionistas, psicólogos, entre outros, sendo portanto, esses profissionais, os autores das informações ali registradas. É imprescindível que o PP seja formulado de forma clara, objetiva, independente do suporte, a fim de contribuir para a melhor compreensão do caso por outros profissionais, principalmente quando o paciente retorna a unidade de saúde e é assistido por um profissional diferente do qual o atendeu na primeira consulta. O art. 2º da Resolução CFM nº 1.638/2002 determina que a responsabilidade pelo prontuário médico [paciente] cabe:

- I - Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham o atendimento;
- II - À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida.
- III - À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

É importante e necessário atentar para o fato de que a unidade de saúde é um centro de grande produção documental a respeito da saúde do paciente, de tal maneira que esses documentos necessitam ser tratados e organizados com o objetivo de garantir a recuperação da

informação, de maneira rápida e eficaz, aos profissionais envolvidos no atendimento, à instituição e para possibilitar o acesso à informação ao usuário.

Nesse contexto, é necessário que a instituição de saúde considere a organização do arquivo médico com objetivo de permitir a gestão documental dele, tendo em vista que a unidade de saúde é a responsável pela guarda do documento. Araújo (2017, p.38) explica que “a razão fundamental de se ter um arquivo médico em uma unidade de saúde é atender à administração e todo e qualquer usuário que dele precisar, independente da área e das atividades, seguindo é claro, as necessidades informacionais de cada um”. Sobre a responsabilidade de guarda do prontuário, a Resolução CFM nº 1.638/2002 relata que:

Compete à instituição de saúde e/ou ao médico o dever de guarda do prontuário, e que o mesmo deve estar disponível nos ambulatórios, nas enfermarias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional.

Em relação a preservação do prontuário físico, a Resolução CFM nº 1.821/2007 estabelece 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 arquivadas eletronicamente em meio óptico, microfilmagem ou digitalizados.

Nesse sentido, para obter o tratamento da informação, é importante adotar uma gestão de documentos, a qual vai possibilitar ao arquivo médico diretrizes relacionadas à produção, a utilização e a destinação do prontuário. O art. 3º da Lei 8.159/1991 que dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados define gestão de documentos como “O conjunto de procedimentos e operações técnicas referentes à sua produção, tramitação, uso, avaliação e arquivamento em fase corrente intermediária, visando a sua eliminação ou recolhimento para guarda permanente”.

É necessário também que seja observado as normas e diretrizes para o preenchimento correto dele, como fazer anotações claras, legíveis, sem manchas ou rasuras, com o intuito de facilitar o compartilhamento das informações entre a equipe médica que assiste ao paciente. Leite e Sousa (2015, p.59) enfatizam que “a não valorização do prontuário em atenção primária ainda se constitui em um importante obstáculo à qualidade da atenção do serviço de saúde”. Complementam ainda que “com frequência, informações importantes não são registradas ou são de forma incompleta e de seus membros, entre outros fatores”.

Para evitar falhas na produção do prontuário a exemplos de preenchimento incompleto dos dados de identificação dos pacientes, duplicidade de prontuário para o mesmo paciente ou até omissão de registro relacionados à assistência médica a Resolução CFM nº1.638, torna obrigatória a criação da Comissões de Revisão de prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica. Compete à Comissão:

- I- Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel.
- II- Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Nessa perspectiva, a gestão do arquivo médico é indispensável na instituição de saúde, visto que o prontuário é um documento de grande importância para a continuidade do tratamento médico, dessa forma, cabe à instituição de saúde a responsabilidade pela guarda, uso e destinação do mesmo. Mota (2006, p.56) afirma que “os prontuários são elementos essenciais para o desenvolvimento das atividades de administração de qualquer unidade hospitalar, para os cuidados e atenção aos pacientes e ainda para subsidiar pesquisas”.

### 3 METODOLOGIA

A metodologia aplicada utilizou a pesquisa do tipo exploratória com abordagem qualitativa. Foi realizada nas unidades de saúde da família de Maceió, entre os funcionários que atuam no setor de arquivo. A pesquisa foi realizada em março de 2023 e os instrumentos de coleta de dados utilizados foram a observação e um questionário com perguntas fechadas aplicado com 6 funcionários, sendo 2 na USF – I e 4 na USF – II localizadas no município de Maceió, Alagoas, Brasil.

### 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A avaliação qualitativa foi realizada via observação direta durante as visitas nas unidades de saúde para aplicar os questionários, o que possibilitou analisar a organização do setor presencialmente baseando-se na observação, sem a interferência no mesmo.

A análise da organização dos prontuários nas unidades de saúde foi feita através de visita no local. Na ocasião foi observado no arquivo médico das unidades o método de arquivamento dos prontuários, a disposição dos mesmos na estante, o manuseio do documento, assim como também foi

observado o número de funcionários no setor e mobiliário disponível para guarda e manuseio do documento.

Durante a visita foi possível aplicar um questionário aos profissionais que atuam no arquivo com a finalidade de identificar a formação profissional, mas também investigar a possível existência de treinamentos relacionados a arquivamentos de prontuários de paciente.

O questionário constitui-se de 11 perguntas fechadas. Inicialmente indagamos sobre a escolaridade e 50% dos respondentes possuem ensino médio, ao passo que os outros 50% possuem nível superior em áreas distintas da exigida para o exercício da arquivologia, ou seja, não profissionais arquivistas atuando nas unidades pesquisadas. Os cursos dos respondentes são respectivamente, Ciências Sociais, Gestão em RH e Nutrição. Vale destacar que mesmo com formação diferente o tempo de atuação de 67% dos respondentes é acima de 10 anos, tendo profissional que atua há 19 anos no arquivo. Também 67% dos respondentes desenvolvem as suas atividades sem a supervisão de nenhum profissional especializado. Os resultados chamam a atenção para a necessidade de contratação de profissionais da área de tratamento da informação.

Outro fato que merece destaque é que nenhum funcionário recebeu treinamento relacionado à organização de prontuários para atuar no setor. Isto talvez justifique o fato de 100% dos respondentes afirmarem que as unidades não disponibilizam nenhum documento para consulta com diretrizes relacionadas à produção, a utilização e a destinação dos prontuários. Neste sentido, também buscamos saber se existia na instituição algum funcionário que possua conhecimento sobre gestão documental de prontuários, que possa ser consultado para esclarecer dúvidas sobre a organização do acervo. 83% afirmaram que não e 17% afirmaram que sim. Este é um fato preocupante pois, como bem ressaltam Santos, Vitoriano e Martins (2019, p.216), para o controle documental dos prontuários os profissionais devem conhecer os procedimentos para registro dos prontuários, as regras e as leis de distribuição e permissão de acesso aos prontuários, bem como os prazos de guarda dos mesmos

Indagamos se a unidade de saúde possui arquivo para guarda de prontuários e constatamos que 100% dos respondentes afirmaram que sim. A observação *in loccu* também constatou a existência do espaço, mas, consideramos que é necessário realizar algumas adequações em ambas as unidades.

Em relação ao método de arquivamento 50% dos respondentes afirmaram que consideram não satisfatório, 17% parcialmente satisfatório e 33% satisfatório.

No que tange à disposição dos prontuários na estante, o acesso e a recuperação dos prontuários, 83% afirmaram que consideram parcialmente organizado e 17% afirmaram que considera organizado.

Quanto a opinião a quantidade de mobiliário para o arquivamento dos prontuários é suficiente, os respondentes ficaram dividido. 50% afirmaram que era suficiente e 50% afirmaram que não era. Já no que diz respeito ao número de funcionários do arquivo ser suficiente para atender a demanda do setor, 83% afirmaram que não e, somente 17% afirmaram que sim.

A partir da observação, constatou-se na USF - I que os prontuários são arquivados obedecendo dois métodos de arquivamento. Uma parte está arquivada em sequência numérica e a outra em ordem alfabética. Os prontuários que recebem a ordenação numérica estão envoltos de capas de prontuários, confeccionados em papel e dispostos em estantes de aço apropriadas para a guarda do documento. Os prontuários que são ordenados em ordem alfabética estão dispostos em pastas tipo fichário e também em pastas plásticas com elástico, ficam todos na mesma estante, sem critério de disposição de lugar e o restante em uma estante a parte, que não é apropriada para guarda do prontuário enquanto cumpre o ciclo de vida do documento. Vale ressaltar que a ordenação numérica não leva em consideração o número da aérea, microárea e número da família, o que dificulta a recuperação da informação e o levantamento de dados referentes aos pacientes hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças cadastradas na equipe.

Na USF - II, os prontuários estão arquivados de acordo com o número da aérea e família. Como existem duas equipes de estratégia de saúde da família, foi possível constatar o arquivamento dos prontuários pertencentes a uma equipe em uma estante de aço, apropriada para a guarda do documento, enquanto os prontuários da outra equipe ficam dispostos na outra estante. Todos ordenados por número de área e família. Os prontuários são envoltos em capas de prontuários de papelão e dispostos verticalmente na estante. Nascimento (2014, p. 80) esclarece que:

Uma estrutura arquivística minimamente satisfatória à uma instituição de saúde, além de atender às necessidades informacionais e documentais para ações operacionais, ou seja, a prestação do serviço de saúde ao paciente, deve também atender as necessidades gerenciais e estratégicas da unidade de saúde além de funcionar como uma ferramenta útil para a gestão de qualidade.

Com a observação e os dados coletados via questionário, foi possível perceber que há a necessidade de criação de diretrizes e normativas orientadoras, bem como, capacitar os profissionais

e oferecer melhores condições físicas para o armazenamento e a recuperação dos prontuários nas unidades básicas de saúde pesquisadas.

## **5 CONCLUSÃO**

Com o estudo realizado foi possível identificar a importância do arquivo de prontuário de paciente em unidades de saúde da família, sendo, portanto, necessário que estes documentos sejam tratados e organizados com técnicas de gestão documental e por um profissional especializado, o bibliotecário ou arquivista. A pesquisa serviu para compreender como os prontuários dos pacientes estão organizados nas unidades de saúde da família e através dela possibilitar a discussão sobre a gestão documental nas unidades visitadas. Ademais, o estudo considera ser necessário um olhar mais atento a essa informação tão importante e valiosa no contexto da saúde.

A pesquisa mostrou que o número de profissionais é considerado suficiente para atender as demandas da unidade, mas, nenhum passou por qualquer tipo de treinamento relacionado à organização de prontuários para atuar no setor. Isto pode ser considerado um ponto negativo, visto que a capacitação inicial e, posteriormente, a constante atualização permitem melhorias significativas nas práticas profissionais. Foi possível concluir também que há a necessidade de modernizar as técnicas de armazenamento e recuperação dos prontuários com a introdução de tecnologias digitais, como é o caso do prontuário eletrônico de paciente.

## **REFERÊNCIAS**

BRASIL. **Lei n. 8.159** de 08 de janeiro de 1991. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências. Brasília, DF, 1991.

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:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>. Acesso em: 29 mar. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.217, de 01 de novembro de 2018.** Aprova o Código de Ética Médica. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 29 mar. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.997, de 16 de agosto de 2012.** Altera a redação do artigo 77 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Disponível em: [sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1997](https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1997). Acesso em: 29 mar. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução no 1.821, de 23 de novembro de 2007.** Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/buscar-normas-cfm-e-crm/?tipo%5B%5D=R&uf=BR&numero=1821&ano=2007&assunto=&texto=#resultado>. Acesso em: 30 mar. 2023.

GALVÃO, M. C. B.; RICARTE, I. L. M. O prontuário eletrônico do paciente no século xxi: contribuições necessárias da ciência da informação. **InCID: Revista de Ciência da Informação e Documentação**, v. 2 n. 2, n. 2, p. 77-100, 2011. DOI: [10.11606/issn.2178-2075.v2i2p77-100](https://doi.org/10.11606/issn.2178-2075.v2i2p77-100) Acesso em: 29 mar. 2023.

LEITE, J. R.; SOUSA, A. C. M. **Práticas arquivísticas no contexto de prontuários médicos:** um estudo em unidade de saúde da família. *Archeion Online*, v. 3, n. 2, 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/14931>. Acesso em: 29 mar. 2023. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/archeion/article/view/27551/14813>. Acesso em: 29 mar. 2023.

MEZZOMO, A. A. **Serviço do prontuário do paciente:** organização e técnica. São Paulo: CEDAS, 1982. 443p.

MOTA, F. R. L. Prontuário eletrônico do paciente e o processo de competência informacional 10.5007/1518-2924.2006v11n22p53. **Encontros Bibli: Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, v. 11, n. 22, p. 53-70, 2006. DOI: [10.5007/1518-2924.2006v11n22p53](https://doi.org/10.5007/1518-2924.2006v11n22p53) Acesso em: 29 mar. 2023.

PINTO, V. B. Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde 10.5007/1518-2924.2006v11n21p34. **Encontros Bibli: Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, v. 11, n. 21, p. 34-48, 2006. DOI: [10.5007/1518-2924.2006v11n21p34](https://doi.org/10.5007/1518-2924.2006v11n21p34) Acesso em: 28 mar. 2023.

SANTOS, B. R. P. D.; VITORIANO, M. C. C. P.; DAMIAN, I. P. M. A gestão da informação orgânica e a gestão documental no contexto do prontuário do paciente de unidades básicas de saúde. **Ponto de Acesso**, v. 13, n. 2, p. 202-222, 2019. DOI: [10.9771/rpa.v13i2.26063](https://doi.org/10.9771/rpa.v13i2.26063) Acesso em: 29 mar. 2023.

# IV SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INFORMAÇÃO, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

**26 A 28** ABRIL DE 2023

**SII**  
2023



SANTOS, P.S.A. **O prontuário do paciente à luz dos avanços das tecnologias da informação e comunicação.** 2016. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/20726>. Acesso em: 29 mar. 2023.