



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Escola de Ciência da Informação

Amanda Damasceno de Souza

**O prontuário do Paciente do Serviço de Oncologia da
Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte: fonte de
informação para melhor atenção no tratamento do paciente
com câncer**

**Belo Horizonte
2013**

Amanda Damasceno de Souza

**O prontuário do Paciente do Serviço de Oncologia da
Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte: fonte de
informação para melhor atenção no tratamento do paciente
com câncer**

Monografia apresentada ao programa de Especialização do Núcleo de Informação Tecnológica e Gerencial – NITEG, no curso de Gestão Estratégica da Informação da Escola de Ciência da Informação, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do certificado de Especialista em Gestão Estratégica da Informação.

Orientadora: Profa. Marília de Abreu Martins de Paiva

Co-orientador: Dr. Sebastião Cabral Filho

**Belo Horizonte
2013**

S895p Souza, Amanda Damasceno de.
2013 O prontuário do Serviço de Oncologia da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte: fonte de informação para melhor atenção no tratamento do paciente com câncer. [manuscrito] / Amanda Damasceno de Souza. – 2013.
54 f., enc.

Orientadora: Profa. Marília de Abreu Martins de Paiva.

Monografia (Especialização) – Escola de Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerais.

Bibliografia: f. 44-47.

1. Prontuário Médico. 2. Arquivo Médico. 3. Câncer-informação. I.Paiva, Marília de Abreu Martins de. II. Escola de Ciência da Informação. III.Título.

CDD: 616



Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Ciência da Informação
Núcleo de Informação Tecnológica e Gerencial

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão Estratégica da Informação, intitulado "*O Prontuário do Paciente do serviço de oncologia da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte: Fonte de Informação para melhor atenção no tratamento do paciente com câncer*" autoria de Amanda Damasceno de Souza aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profa. Ma. Marília de Abreu Martins de Paiva
Escola de Ciência da Informação – UFMG
Orientadora

Prof. Me. Leandro Ribeiro Negreiros
Escola de Ciência da Informação – UFMG

Data da aprovação: Belo Horizonte, 25 de janeiro de 2013

Á minha amada Mãe Elza, que vive no meu coração, pelo seu exemplo de vida, coragem e fé... Somente uma pessoa tão especial como você foi pode suportar a dor do câncer. (in memoriam)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por tudo que és e por ser minha força.

A minha amada Mãe Elza (em memória), por me ensinar a ser uma pessoa melhor, a amar a Deus, a sonhar, a ter fé, por me incentivar a estudar e por ter sido um exemplo para mim.

Às minhas queridas irmãs Mariana e Sabrina pelo apoio.

Ao meu querido sobrinho Eduardo por fazer minha vida mais doce.

Ao meu querido pai Eduardo pelo suporte nesta caminhada.

A minha Orientadora e amiga Marília, pessoa brilhante que muito admiro.

A equipe de Professores da GEI, pelos ensinamentos no curso.

A Equipe da NITEG, Sônia e Cláudia, pela ajuda e suporte durante esta caminhada.

A minha amiga Ester por ser sempre tão prestativa e me ajudar com esta monografia.

A Márcia pela ajuda na correção, atenção e carinho com este trabalho.

A Eliana por toda ajuda e dedicação na nossa rotina de “arquivistas”.

Ao Dr. Cabral pelo suporte e ensinamentos.

A minha amiga Isabel que mesmo estando longe se faz presente na minha vida me motivando em nossas tão agradáveis conversas por e-mail.

O meu povo perece, porque lhe falta o conhecimento...

Oséias 4:6

RESUMO

SOUZA. Amanda Damasceno de. **O prontuário do Paciente do Serviço de Oncologia da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte**: fonte de informação para melhor atenção no tratamento do paciente com câncer. 54f. Monografia (Especialização em Gestão Estratégica da Informação) Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

Aborda o arquivo de prontuários médicos do Serviço de Oncologia da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte sob a perspectiva de fonte de informação sobre câncer. Para isso apresenta as suas características em relação ao sigilo, acesso, guarda e fatos históricos. O objetivo do estudo foi analisar o Prontuário do paciente como fonte de informação de câncer. O estudo foi realizado de maio a outubro de 2012, por meio de levantamento bibliográfico, análise documental de prontuários e pesquisa em registros históricos sobre o arquivo da oncologia e seus prontuários. Na revisão da literatura foram abordados os temas: fontes de informação em saúde, o prontuário eletrônico, o Registro Hospitalar de Câncer (RHC) e a legislação sobre arquivos de prontuários. Os resultados da pesquisa apontam que prontuário foi criado para registrar a história clínica do paciente na instituição e as mudanças ocorridas foram a melhora no detalhamento da informações sobre o paciente e adição de novos exames conforme o tratamento do câncer evoluiu. Muitas informações foram acrescidas devido ao Registro Hospitalar de Câncer. Concluiu-se que a utilização do prontuário vai além da assistência ao paciente e atividades administrativas, sendo este utilizado para estudos epidemiológicos, pesquisa clínica, trabalhos científicos e acadêmicos, como fonte de diagnóstico, evolução da doença e dos tratamentos realizados e como fonte de informações em oncologia para as estimativas de câncer no Brasil do Instituto Nacional do Câncer.

Palavras-Chave: Prontuário médico; Arquivos médicos; Informação – câncer; Documentos arquivísticos.

ABSTRACT

SOUZA. Amanda Damasceno de. **The medical records of the Oncology Department from Santa Casa Hospital of Belo Horizonte**: information source for better care in the treatment of patients with cancer. 54p. Monograph (Specialization in Strategic Information Management) Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

Accesses the medical records of the Oncology Department from Santa Casa Hospital of Belo Horizonte using the perspective of cancer information source, its presents the medical records characteristics like: confidentiality, access, guardianship and historical facts. The aim of the study was to analyze the patient's medical records as a source of cancer information. The study was conducted from May to October 2012 and to write the literature reviews, was used documentary analysis, research in the hospital's historical records. In the literature review were addressed topics like: health information source, the electronic medical record, the Cancer Registry and medical records rules and laws. The results indicate that medical records were created to register the patient's clinical history in the Hospital and the changes were an improvement in detail of the patient and the addition of new tests as cancer treatment has evolved. Many details were added due to RHC. The changes perceived in the medical records were improved as the treatment of cancer has development. Many information details were added on the records to support the Cancer Registry. We concluded that the use of the records goes further the patient care and administrative activities, which is used for epidemiological studies, clinical research, academic and scientific papers, as a source of diagnosis, disease progression and treatments and as a source of oncology information for cancer estimates of new cases of cancer from Brazil's National Cancer Institute.

Keyword: Medical records; Medical archives; Information – Cancer; Archival materials.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Divisão celular desordenada da célula do câncer.....	20
FIGURA 2 - Taxas brutas de incidência estimadas para 2012 por sexo, segundo Estado e capital – Minas Gerais e Belo Horizonte.....	35
FIGURA 3 - Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2012 por sexo, exceto pele não melanoma na Região Sudeste.	35
FIGURA 4 - Cadastro eletrônico dos pacientes no sistema/software de gestão administrativa do CQAI.....	38
QUADRO 1 -Vantagens do PEP	30

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BVS -	Biblioteca Virtual em Saúde
BIREME -	Biblioteca Regional de Medicina
CACONS -	Centros de Tratamento de Alta Complexidade
CEOMG -	Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas de Minas Gerais
CID -	Classificação Internacional de Doenças
CFM -	Conselho Federal de Medicina
CONARQ -	Conselho Nacional de Arquivos
INAMPS -	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA -	Instituto Nacional de Câncer
MBE -	Medicina Baseada em Evidência
MPAS -	Ministério da Previdência e Assistência Social
NCI -	<i>National Cancer Institute</i>
PAV -	Programa de Epidemiologia e Vigilância do Câncer e seus fatores de risco
PCC -	Programa de Controle ao Câncer
PEP -	Prontuário Eletrônico do Paciente
RHC -	Registro Hospitalar de Câncer
RCBP-	Registro de Câncer da Base Populacional
SBIS -	Sociedade Brasileira de Informática em Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
SIS – RHC -	Sistema informatizado de apoio ao RHC

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Justificativa	14
1.2 Objetivo Geral	15
1.2.1 <i>Objetivos específicos</i>	15
1.3 Metodologia	15
2 FONTES DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	17
3 O CÂNCER	20
4 PRONTUÁRIO DO PACIENTE COM CÂNCER	22
4.1 Características do prontuário	24
4.1.1 <i>Obrigatoriedade (naturalidade)</i>	25
4.1.2 <i>Sigilo (acesso controlado)</i>	26
4.1.3 <i>Acesso, guarda e temporalidade</i>	27
4.2 Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)	29
5 O PRONTUÁRIO COMO FONTE DE INFORMAÇÃO NO TRATAMENTO DO CÂNCER	32
5.1 O Registro Hospitalar de Câncer (RHC)	32
5.2 Estimativas de câncer em Minas Gerais e no Brasil com base nos dados dos prontuários da oncologia	34
6 O SERVIÇO E O ARQUIVO DA ONCOLOGIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE	36
6.1 O Prontuário do Paciente com câncer da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte	37
6.1.1 <i>O registro e organização do Prontuário no Serviço de Oncologia da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte</i>	37
6.1.2 <i>Classificação dos Prontuários no Arquivo da Oncologia</i>	39
6.1.3 <i>Mudanças do Prontuário</i>	40
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	44
ANEXOS	48
APÊNDICE	53

1 INTRODUÇÃO

Atualmente discute-se o arquivo sob a perspectiva de “informação arquivística”, em que ele é reconhecido como um processo orgânico de geração de registros e conseqüentemente com acumulação informacional da organização institucional a que pertence (SILVA, 2008). Ao abordar arquivos da área de saúde como fontes de informação temos que considerar os tipos de fontes de informações em saúde, sua finalidade, formas de organização e sua diversidade, na qual os arquivos médicos fazem parte.

Segundo Greene (2008), “os arquivos são preservados primeiramente com fins administrativos, lei, prestação de contas, e servem primordialmente às necessidades dos produtores”. Greene (2008), ainda menciona Duranti ao relatar a missão dos arquivos em “proteger a *evidência confiável de uma ação e decisão*, por meio da preservação da *autenticidade dos documentos que compõem as transações completas*”. Para Duranti citado por Greene (2008) “o material arquivístico é uma evidência imparcial de ações e transações e seu uso está relacionado com a administração e prestação de contas”. Assim o valor primário dos documentos arquivísticos é para servir como meio de prova jurídica, de evidência, o que também acontece com os prontuários médicos. Mas ao abordar a utilização dos documentos arquivístico para outras finalidades, que não seja de evidência, estes documentos passam a ter objetivos secundários e sua preservação ocorrerá para atender a estes objetivos como, por exemplo, para servir de fontes de memória institucional, fonte de informação em saúde, pesquisa, etc. Dentre os valores secundários dos documentos arquivísticos, ao analisarmos o prontuário, este pode ser utilizado como fonte de informação sobre doença, para estudo histórico, para a pesquisa clínica e para publicações científicas e epidemiológicas. Assim o prontuário médico apresentará valores secundários que irão transcender o propósito imediato para qual foi produzido, sendo necessária sua preservação a longo prazo (GREENE, 2008).

O valor primário de um documento diz respeito a sua demanda de uso pela administração que o produziu e aos seus aspectos gerenciais. Jardim citado por Medeiros e Amaral (2010) relata que “detectar o valor primário dos documentos é,

como tal, identificar seu potencial de uso no âmbito do processo decisório, considerando suas dimensões gerenciais, legais e financeiras”. Já o valor secundário do documento refere-se “as possibilidades de utilização do documento por usuários que o procuram por razões distintas e posteriores àquelas do seu produtor”. Medeiros e Amaral (2010) relatam ainda que para determinar o tempo do documento no ciclo de vida “é preciso avaliar o uso em relação ao valor primário (administrativo, legal, jurídico, fiscal, contábil ou financeiro) e/ou secundário (pesquisa, informacional ou cultural)”.

O ciclo de vida dos documentos de arquivo é dividido em três fases: corrente, intermediária e permanente. A passagem do documento de uma fase para outra é determinada pelo instrumento arquivístico, Tabela de Temporalidade, que estabelece os prazos de permanência do documento em cada fase: corrente, intermediária e sua destinação final de eliminação ou recolhimento ao arquivo permanente. A avaliação do documento de acordo com ciclo de vida irá determinar o tempo necessário de sua permanência no arquivo em cada fase. Em relação ao prontuário médico, sua temporalidade é regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) na Resolução nº 1.821 de 2007. A realização do ciclo de vida dos documentos através da aplicação da tabela de temporalidade é de fundamental importância para a gestão de documentos dentro da instituição.

As fontes de informação em saúde apresentam registros de dados ou de informações, disponíveis em qualquer suporte, mas para o presente estudo o registro de informação abordado será o prontuário do paciente. Neste trabalho será analisado o prontuário do paciente como fonte de informação em oncologia, área da medicina que se dedica ao cuidado dos pacientes com câncer. Para isso serão apresentadas as principais características deste documento, seus itens informacionais, suas principais mudanças desde sua criação em 1973, seus aspectos éticos de sigilo, guarda e sua importância para a realização do Registro Hospitalar de Câncer (RHC).

1.1 Justificativa

O prontuário do paciente é um documento de extrema importância na atenção do paciente em hospitais, clínicas, postos de saúde, e é de fundamental importância para a Santa Casa, hospital com serviço de oncologia para o atendimento ao paciente com câncer em Minas Gerais. Do ponto de vista arquivístico, o prontuário médico configura-se como uma tipologia documental, que é a “configuração que assume a espécie documental de acordo com a atividade que ela representa” (CAMARGO; BELLOTTO¹ *apud* BELLOTO, 2002, p.28).

Segundo Belloto (2002), o tipo documental:

correspondendo a uma atividade administrativa, tende a caracterizar coletividades; sua denominação será sempre correspondente à espécie anexada à atividade concernente e vale como conjunto documental representativo da atividade que caracteriza (BELOTTO, 2002, p.28).

Para uma melhor assistência ao paciente é necessário que suas informações estejam organizadas e arquivadas adequadamente para utilização pelo médico e equipe de saúde. Assim, este estudo pretende registrar a história do Prontuário do Paciente da Oncologia, suas características, forma de organização, classificação e arquivamento, principais mudanças ao longo dos anos e sua importância como fonte de informação no tratamento do câncer. Nesse trabalho focaremos especificamente os prontuários médicos do Serviço de Oncologia da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.

A Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte é uma instituição fundada em 21 de maio de 1899 como casa de caridade para cuidar dos enfermos. É considerada o berço da formação em medicina e enfermagem em Minas Gerais. Por sua tradição e história, seus deveres sociais e humanos, por sua missão solidária de servir é também a referência no cuidado aos pacientes com câncer de Minas Gerais (SANTOS, 2010). Devido à importância do Serviço de Oncologia da Santa Casa, o seu prontuário é tido como fonte de informação na atenção em saúde, para a

¹ CAMARGO, Ana Maria de Almeida; BELLOTTO, Heloísa Liberalli. **Dicionário de terminologia arquivística**. São Paulo: Secretaria da Cultura, 1996.

pesquisa científica em oncologia, para as estimativas de câncer e estudos epidemiológicos em Minas Gerais através do RHC. O prontuário do paciente é imprescindível como documento de atendimento médico-hospitalar e se constitui meio de prova judicial. É um documento 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 que foi prestada a ele, sendo que apresenta caráter legal, sigiloso e científico e ainda possibilita a comunicação entre membros da equipe multidisciplinar para dar continuidade à assistência prestada ao paciente (TEIXEIRA, 2007).

1.2 Objetivo Geral

- Analisar o Prontuário do paciente do Serviço de Oncologia da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte como fonte de informação arquivística de câncer.

1.2.1 Objetivos específicos

- Relatar a evolução do tipo documental prontuário médico e suas características.
- Levantar as principais mudanças do Prontuário do Paciente da Oncologia da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte ao longo do tempo.
- Verificar a utilização do Prontuário do Paciente da Oncologia como fonte de informação arquivística.
- Identificar as principais características do Prontuário do Paciente como fonte de informação em Oncologia.

1.3 Metodologia

O estudo foi realizado no Arquivo de Prontuários de Pacientes do Serviço de Oncologia da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte no período de maio a

outubro de 2012, por meio de levantamento bibliográfico e análise documental, de prontuários, assim como pesquisa nos registros históricos sobre o arquivo e os prontuários.

Para a análise documental foram utilizadas atas de reuniões, relatórios institucionais anuais, relatórios da diretoria, registros de elaboração do prontuário e cópias do primeiros cadastros de pacientes e os prontuários. Foram analisados os prontuários já classificados como guarda permanente das décadas de 70, 80 e 90, por estes já apresentarem valores secundários como documentos arquivísticos. A análise teve como finalidade verificar alterações dos itens informacionais do cadastro, nos tipos de documentos e exames existentes. Também foram analisados os prontuários do arquivo corrente do ano de 2000, cadastrados na instituição após a implantação do RHC em 1999, para verificar se o RHC influenciou mudanças nas informações do cadastro. Para a análise destes prontuários houve a presença da coordenadora administrativa do RHC, por esta ser uma funcionária com formação em Ciências Biológicas com amplo conhecimento em exames de diagnóstico da oncologia, e por ela possuir conhecimentos mais aprofundados sobre a história e desenvolvimento do Arquivo de Prontuários da Oncologia da Santa Casa. Para a construção da revisão da literatura foi realizado levantamento bibliográfico da legislação vigente do prontuário do paciente, da literatura sobre fontes de informação em saúde, prontuário do paciente em papel e meio eletrônico.

2 FONTES DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

As fontes de informação em saúde podem ser formais ou informais, primárias, secundárias ou terciárias. Savi e Silva (2009) ressaltam que “na literatura há ausência de consenso terminológico em relação à distinção das fontes de informação e uma diversidade de possibilidades de classificação”.

Rodrigues², citado por Savi e Silva (2009) aponta:

as informações que contribuem para a prática clínica podem ser encontradas em publicações científicas; repositórios de dados clínicos (prontuários manuais ou eletrônicos do paciente); repositórios de dados administrativos; *software* para suporte à decisão e informação em saúde interativa disponível na Internet.

Savi e Silva (2009, p.182) citando documento publicado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), conceitua fonte de informação como:

qualquer recurso que responda a uma demanda de informação por parte dos usuários, incluindo produtos e serviços de informação, pessoas ou rede de pessoas, programas de computador, etc.

Com o aumento dos recursos informacionais disponíveis devido ao desenvolvimento da tecnologia, a tipologia de fontes de informação tem se diversificado. A BIREME (2011) classifica as fontes de informação da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em seis tipos:

² RODRIGUES, Roberto J. Information systems: the key to evidence based health practice. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneve, v. 78, n. 11, p. 1344-1351, 2000.

1) Fontes primárias: são aquelas relacionadas com os produtos originados pela pesquisa científica – artigos científicos, teses, ensaios, documentos monográficos, governamentais ou de organismos internacionais, anais de congressos, legislação e documentos não-convencionais – como os relatórios de pesquisa que conformam a literatura cinzenta – publicados em texto completo em meio eletrônico. Inclui ainda as bases de dados numéricas de pesquisas e censos estatísticos. Exemplos: coleções SCIELO e repositórios institucionais de textos completos.

2) Fontes secundárias: são os registros referenciais das fontes primárias sistematizados em índices, bases de dados referenciais e diretórios. As bases de dados que adotam a metodologia LILACS e os diretórios de pesquisadores, instituições e projetos são exemplos de fontes secundárias na BVS.

3) Fontes terciárias: referem-se aos conteúdos organizados para fins didáticos, como os objetos de aprendizagem do Campus Virtual em Saúde Pública e para apoio à tomada de decisão, como as revisões sistemáticas de evidências científicas. Exemplo: Biblioteca Cochrane.

4) Serviços de disseminação e inclusão informacional: conjunto de serviços de inclusão informacional e promoção de acesso a BVS, direcionados tanto para usuários conectados a Internet como para comunidades sem conexão, por exemplo, a instalação de espaços públicos e coletivos como as Estações BVS – (ver item Divulgação e promoção). Incluem-se também os serviços de atualização e atendimento ao usuário, como o serviço de comutação bibliográfica SCAD (Serviço Cooperativo de Acesso a Documentos) e os serviços de acesso personalizado, como “minha biblioteca”, buscando atender as necessidades de informação de cada usuário individualmente.

5) Comunicação e colaboração: fontes de informação destinadas à socialização da informação e ao intercâmbio de conhecimento por meio da colaboração online. Exemplos: Newsletter | Rede de Notícias BVS, Espaços Colaborativos BVS, blogs, boletins, fóruns, reuniões online, chats e comunidades virtuais.

6) Componentes integradores: normas, padrões, metodologias e aplicativos comuns adotados por todas as instâncias BVS para sua integração numa única rede. Incluem as terminologias, por exemplo, o vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), manuais e softwares para a gestão e operação das fontes e fluxos de informação na BVS.

A busca de informação em saúde está ligada no mundo contemporâneo com a chamada Medicina Baseada em Evidência (MBE) com a finalidade de dar suporte informacional ao médico sobre informações de novos medicamentos, estatísticas, procedimentos e condutas (SILVA, 2005). A tipologia de fontes da BIREME é utilizada para a prática da MBE. Entretanto, Lopes (2004) analisa que a qualidade da

informação é um dos mais importantes aspectos a serem considerados na busca por informação em saúde. Silva (2005, p.138) define a MBE como:

é um movimento médico que se baseia na aplicação do método científico a toda prática médica, especialmente às tradições médicas tradicionalmente estabelecidas que ainda não foram submetidas ao escrutínio sistemático científico. Evidências significam, aqui, provas científicas.

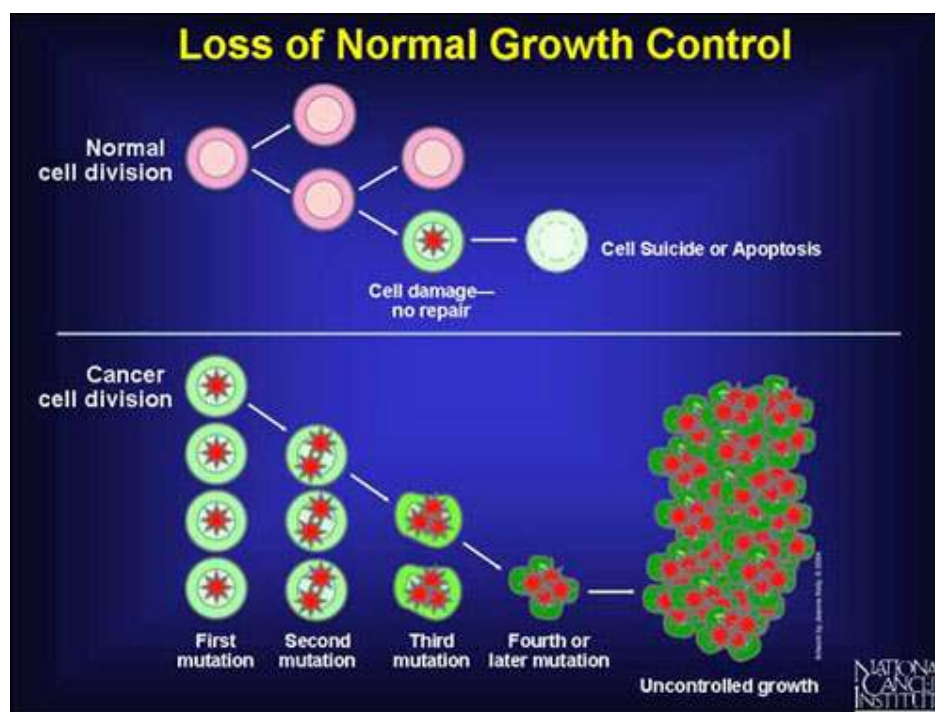
No entanto quando abordamos a busca de informação em prontuários, este apresenta um valor arquivístico primário de servir de prova jurídica, sendo usado como fonte de informação em saúde com finalidade de avaliar a qualidade do tratamento em instituições de saúde, o planejamento, assistência e atendimento ao paciente, mas também apresenta um valor arquivístico secundário por disponibilizar dados e informações para realização de trabalhos científicos, para pesquisa clínica e estudos de caso.

O prontuário do paciente não se encontra categorizado em uma tipologia de fonte de informação na literatura, mas devido ao seu formato de apresentar dados e informações coletadas na fonte, poderia ser considerado uma fonte primária de informações, uma vez que a partir dos dados presentes no cadastro do paciente, na anamnese, evolução médica, nos exames laboratoriais, laudos, entre outros; é que serão realizados pesquisa clínicas e trabalhos científicos que darão origem a monografias, dissertações, teses e artigos na área de saúde.

3 O CÂNCER

O câncer é o termo usado para a doença que se caracteriza pela divisão celular anormal e sem controle que invade outros tecidos invadindo o sistema sanguíneo e linfático, como apresentado na figura 1. O câncer não é apenas uma doença, mas sim, várias - apresentando mais de 100 tipos diferentes. Os cânceres são nomeados pelos órgãos ou tipos de células onde eles começam, por exemplo, um câncer que começa na mama será chamado de câncer de Mama (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2012).

FIGURA 1 - Divisão celular desordenada da célula do câncer.



Fonte: National Cancer Institute, 2012.

O Câncer é uma doença complexa, assim como seu tratamento. Para o paciente o diagnóstico de câncer é um momento de muito medo, angústia e cuidados especiais. No entanto, para uma atenção em saúde adequada, o prontuário do paciente é o documento que irá possibilitar ao médico a escolha da melhor terapêutica. Conhecer

as formas de sua organização e a importância deste instrumento como fonte de informação em oncologia será fator fundamental no processo de tratamento do paciente. Assim iremos abordar diretamente, na próxima seção, o prontuário da paciente com câncer.

4 PRONTUÁRIO DO PACIENTE COM CÂNCER

Ao abordarmos o assunto prontuário percebemos uma grande variedade de termos: prontuário médico, prontuário nosológico do paciente, prontuário médico do paciente e também termos relacionados à sua documentação: laudo médico, relatório médico, exames médico, para se referir ao prontuário (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL, 2006). Entretanto no presente estudo adotaremos a expressão Prontuário do Paciente que segundo o Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (CRMDF) (2006), é o termo politicamente mais adequado. Teixeira (2007) ressalta que são diversos profissionais da saúde que atuam no atendimento do paciente: médicos, pessoal de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, farmacêuticos. Assim, como o prontuário não recebe somente anotações de médicos, a denominação mais indicada é prontuário do paciente e não prontuário médico.

Do ponto de vista legal, a elaboração do prontuário do paciente foi definido como obrigatório no artigo nº 69 Código de Ética Médico. Este foi regulamentado pela Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.246 de 1988, mas esta foi revogada pela Resolução CFM nº 1.931 de 2009. Entretanto o conceito de prontuário é apresentado na Resolução do CFM nº 1.638 de 2002, na qual apresente seu valor primário como documento arquivístico, que assim o define:

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, art. 1º).

Para o cuidado ao paciente com câncer é necessário o registro de seus dados básicos como: nome, endereço, filiação, estado civil, procedência, naturalidade. Seus dados epidemiológicos: raça, se apresenta histórico familiar de câncer, se fez uso de álcool e tabaco. Seus dados biométricos: peso e altura. Além de documentos de identificação: carteira de identidade e CPF. O registro destas informações é

necessário para conhecer melhor o paciente. Após esta primeira etapa o médico irá realizar a consulta e elabora a anamnese (documento que irá relatar a história do paciente e os motivos que o levaram a procurar o serviço de saúde). Na terceira etapa o médico irá solicitar exames para descobrir qual é o tipo de câncer. Nesse momento são solicitados exames de punção, como biópsia; e exames de imagem, como tomografia, raio-x. Todos esses procedimentos resultarão na criação de documentos que necessitarão ser organizados para então o médico definir o tratamento do paciente. A organização destes documentos origina o prontuário do paciente.

Prontuário do paciente é um conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinados ao registro dos cuidados médicos, paramédicos e multidisciplinares prestados ao paciente pelos estabelecimentos de saúde (TEIXEIRA, 2007).

A Resolução do CFM nº 1821 de 2007, considera que o médico tem o dever de elaborar um prontuário para cada paciente a que assiste, e as unidades de serviços de apoio, diagnóstico e terapêutica têm documentos próprios, que fazem parte dos prontuários dos pacientes. Entretanto as práticas de notificação em Oncologia começaram em 1975 influenciados pela da criação do Programa de Controle ao Câncer (PCC), desenvolvido através de um convênio firmado entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Ministério da Saúde, com objetivo de universalização dos procedimentos relacionados à doença e com vistas a integrar as ações de controle do câncer (BARRETO, 2005). O prontuário do paciente oncológico apresenta as seguintes funções:

- a) Assistência ao paciente
- b) Ganho de tempo
- c) Apoio diagnóstico
- d) Estatística
- e) Cobrança
- f) Defesa
- g) Pesquisas científicas e ensino
- h) Informações epidemiológicas

- i) Eficiência dos profissionais
- j) Meios de Comunicação
- k) Elaboração de relatórios e atestados

O prontuário é importante para o paciente por possibilitar uma melhor assistência no diagnóstico, atendimento e tratamento (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL, 2006).

4.1 Características do prontuário

Os registros documentais apresentam características relacionadas à função que exercem, estas características são citadas por Duranti (1994):

Imparcialidade - os registros são inerentemente verdadeiros, as razões por que eles são produzidos (para desenvolver atividades) e as circunstâncias de sua criação (rotinas processuais) asseguram que não são escritos na intenção ou para informação da posteridade, nem com a expectativa de serem expostos ou com receio do olhar público. Os documentos trazem uma promessa de fidelidade aos fatos e atos que alguns interesses não gostariam de ver revelados.

Autenticidade - os documentos são autênticos porque são criados tendo-se em mente a necessidade de agir através deles, são mantidos com garantias para futuras ações ou para informações... Assim, os documentos são autênticos porque são criados, mantidos e conservados sob custódia de acordo com procedimentos regulares que podem ser comprovados.

Naturalidade - diz respeito a maneira como são acumulados no curso das transações, não são coletados como objetos de coleções, mas acumulados naturalmente nos escritórios em função dos objetos práticos da administração. Acumulam-se de maneira contínua e progressiva.

Inter-relacionamento - os documentos estabelecem relações no decorrer do andamento das transações e de acordo com suas necessidades. Os documentos estão ligados entre si por um elo que é criado no momento em que são produzidos ou recebidos, que é determinado pela razão de sua produção e que é necessário à sua própria existência, à sua capacidade de cumprir seus objetivos, ao seu significado, confiabilidade e autenticidade.

Unicidade - a unicidade provém do fato de que cada registro documental assume um lugar único na estrutura documental do grupo ao qual pertence e no universo documental.

Duranti (1994) afirma que pelas características dos registros documentais de imparcialidade, autenticidade, naturalidade, inter-relacionamento e unicidade, podemos compreender nosso passado imediato ou histórico, com propósitos administrativos e culturais.

Em relação as característica do prontuário como registro documental, estas são regulamentadas por resoluções do CFM que considera o prontuário como um:

documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA,2002).

O CFM regulamenta a necessidade de guarda, qualidade, preservação das informações, armazenamento, a eliminação de documentos do prontuário obedecendo aos critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica, a criação da comissão de revisão de prontuário. Entretanto confere a legislação arquivística brasileira através do Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ), a normatização em relação a temporalidade e a classificação dos prontuários na Resolução CFM nº 1.821 de 2007 (CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS,2005).

4.1.1 Obrigatoriedade (naturalidade)

Segundo o Código de Ética Médica publicado pelo Conselho Federal de Medicina, (2010) na Resolução do CFM nº 1931, de 17 de setembro 2009, no Capítulo X sobre documentos médicos, regula sobre a obrigatoriedade do médico em elaborar o prontuário e da responsabilidade de guarda:

É vedado ao médico:

Art. 87. Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.
§ 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução 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 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010,p.64).

4.1.2 Sigilo (*acesso controlado*)

A privacidade de informações coletadas durante o cuidado médico dos pacientes oncológicos é necessária por causa do significado econômico, psicológico e os danos sociais que pode causar ao indivíduo quando suas informações pessoais de saúde são divulgadas. Por isso o sigilo médico é previsto em lei (BARROWS; CLAYTON;1996). Sobre o sigilo médico, a Resolução do CFM nº 1821 de 2007, regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina (2007), prevê que:

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

CONSIDERANDO os enunciados constantes nos artigos 102 a 109 do Capítulo IX do Código de Ética Médica, o médico tem a obrigação ética de proteger o sigilo profissional (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA,2007).

Segundo o Código de Ética Médica publicado pelo Conselho Federal de Medicina (2010, p.61) em sua Resolução nº 1931, de 17 de setembro 2009, no Capítulo IX sobre sigilo profissional, prevê que:

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 menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.

Art. 75. Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos, em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente.

Art. 76. Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 77. Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das

contidas na declaração de óbito, salvo por expresso consentimento do seu representante legal.

Art. 78. Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.

Art. 79. Deixar de guardar o sigilo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010,p.61).

4.1.3 Acesso, guarda e temporalidade

Em relação ao acesso e sigilo ao prontuário, o Código de Ética Médica publicado pelo Conselho Federal de Medicina (2010) prevê no Capítulo X sobre acesso e responsabilidade de guarda:

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

§ 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução 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. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010, p.62-63).

Segundo ainda Conselho Federal de Medicina (2010), no Código de Ética Médica em seu Capítulo X sobre documentos médicos:

É vedado ao médico:

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

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, 2010, p.64-65).

O Conselho Federal de Medicina (2007, art3º), regulamentado na Resolução do CFM nº 1821 de 2007, também dispõe sobre a guarda em formatos eletrônicos:

Art. 3º Autoriza o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informação identificada em saúde, eliminando a obrigatoriedade do registro em papel, desde que esses sistemas atendam integralmente aos requisitos do "Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)", estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde.

Art. 4º Não autorizar a eliminação do papel quando da utilização somente do "Nível de garantia de segurança 1 (NGS1)", por falta de amparo legal. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007).

O Conselho Federal de Medicina (2007) dispõe também sobre a eliminação e guarda permanente nos artigos:

Art. 6º No caso de microfilmagem, os prontuários microfilmados poderão ser eliminados de acordo com a legislação específica que regulamenta essa área e após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

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

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

Art. 9º As atribuições da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos em todas as unidades que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos de prontuários de pacientes, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileira, podem ser exercidas pela Comissão de Revisão de Prontuários. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007).

A seguir apresentaremos as características do prontuário do paciente na versão eletrônica deste documento, conhecida como Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

4.2 Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)

A implementação de Prontuário eletrônico do paciente (PEP) representa um grande desafio para instituições de saúde no Brasil e para a assistência médica devido ao suporte de informática necessário para sua realização e aos padrões de norma e certificações estabelecida pelo CFM e pela Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) em relação aos critérios de segurança da informação (BEZERRA, 2009). Embora tenhamos um expressivo avanço das tecnologias de saúde nos últimos 20 anos, os prontuários em papel ainda são amplamente utilizados na assistência ao paciente (GALLIGIONE, *et al.*, 2009).

Segundo o *Institute of Medicine*³ (IOM), citado por Massad, Marin e Azevedo Neto (2003, p.6) o prontuário eletrônico do paciente é:

um registro eletrônico que reside em um sistema especificamente projetado para apoiar os usuários fornecendo acesso a um completo conjunto de dados corretos, alertas, sistemas de apoio à decisão e outros recursos, como links para bases de conhecimento médico.

Segundo Sittig citado por Massad, Marin e Azevedo Neto (2003, p.9) as vantagens do prontuário em formato eletrônico são apresentadas no quadro abaixo:

³ INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **The computer-based patient record: an essential technology for health care.** revised edition, Division of Health Care Services, Institute of Medicine, National Academy of Science: Washington, D.C., USA, 1997.

QUADRO 1 -Vantagens do PEP

Acesso remoto e simultâneo: vários profissionais podem acessar um mesmo prontuário simultaneamente e de forma remota. Com a possibilidade de transmissão via Web, os médicos podem rever e editar os prontuários de seus pacientes a partir de qualquer lugar do mundo.

Legibilidade: registros feitos à mão são difíceis de ler, na maioria das vezes. Os dados na tela ou mesmo impressos são muito mais fáceis de ler.

Segurança de dados: a preocupação com os dados é freqüente, principalmente no que se refere a perda destes dados por mau funcionamento do sistema. Porém, um sistema bem projetado com recursos de “backup” seguros e planos de desastres, pode garantir melhor e de forma mais confiável os dados contra danos e perdas.

Confidencialidade dos dados do paciente: o acesso ao prontuário pode ser dado por níveis de direitos dos usuários e este acesso ser monitorado continuamente. Auditorias podem ser feitas para identificar acessos não autorizados;

Flexibilidade de “layout”: o usuário pode usufruir de formas diferentes de apresentação dos dados, visualizando em ordem cronológica crescentes ou não, orientado ao problema e orientado à fonte.

Integração com outros sistemas de informação: uma vez em formato eletrônico, os dados do paciente podem ser integrados a outros sistemas de informação e bases de conhecimento, sendo armazenados localmente ou a distância.

Captura automática de dados: dados fisiológicos podem ser automaticamente capturados dos monitores, equipamentos de imagens e resultados laboratoriais, evitando erros de transcrição.

Processamento contínuo dos dados: os dados devem ser estruturados de forma não ambígua; os programas podem checar continuamente consistência e erros de dados, emitindo alertas e avisos aos profissionais.

Assistência à pesquisa: o dado estruturado pode facilitar os estudos epidemiológicos. Os dados em texto-livre podem ser estudados por meio de uso de palavras-chave.

Saídas de dados diferentes: o dado processado pode ser apresentado ao usuário em diferentes formatos: voz, imagem, gráfico, impresso, e-mail, alarmes e outros.

Relatórios: os dados podem ser impressos de diversas fontes e em diferentes formatos, de acordo com o objetivo de apresentação – gráficos, listas, tabelas, imagens isoladas, imagens sobrepostas, etc.

Dados atualizados: por ser integrado, o PEP possui os dados atualizados – um dado que entra no sistema em um ponto, automaticamente atualiza e compartilha a informação nos outros pontos do sistema.

Fonte: Massad, Marin e Azevedo Neto, 2003, p.8.

Entretanto Massad, Marin e Azevedo Neto (2003), relatam algumas desvantagens do PEP em relação ao prontuário em papel como:

- a) Necessidade constante de treinamento e grande investimento de *hardware* e *software*;
- b) Apresentar dificuldades aos usuários no seu manuseio, acarretando assim resistências a sua utilização e até mesmo sabotagens;
- c) Demora em obter os resultados do investimento;
- d) O PEP está sujeito às falhas de *software* e *hardware*. A falta de energia impossibilita sua utilização.

Assim para uma implantação de sucesso do PEP é necessária a cooperação da equipe multidisciplinar, e sua educação na implantação de normas e padrões tecnológicos e em relação aos dados.

Bezerra (2009) relata que o PEP trará muitas contribuições tanto para equipe médica como as Unidades Hospitalares e pacientes, uma vez que proporcionará rapidez, qualidade da informação clínica, confiabilidade dos dados que poderão ser usados na gerência, assistência direta ao paciente, nas pesquisas clínicas, nas auditorias, além de permitir a criação de indicadores administrativos, médicos assistenciais, gerenciais nos processos de avaliação da qualidade hospitalar. Uma vez que o câncer é uma doença complexa e pode exigir múltiplas estratégias terapêuticas, esta complexidade pode se beneficiar da tecnologia e assim melhorar o tempo de resposta e a precisão da informação, bem como a qualidade do tratamento do câncer (GALLIGIONE, *et al.*,2009).

As questões principais que norteiam o PEP são em relação a segurança e sigilo das informações dos pacientes e sua utilização deve obedecer a norma sobre Normas Técnicas para o uso de Sistemas Informatizados do Conselho Federal de Medicina (2002) regulamentado pela Resolução nº 1.639 de 2002 .

Independente do prontuário ser em papel ou em formato eletrônico, este será fonte de informação da mais alta relevância na assistência ao paciente com câncer.

5 O PRONTUÁRIO COMO FONTE DE INFORMAÇÃO NO TRATAMENTO DO CÂNCER

O Prontuário também é utilizado como fonte de ensino e pesquisa para o conhecimento e notificação dos casos e características da enfermidade. Na oncologia este documento serve também para a pesquisa clínica e é uma fonte para dados estatísticos de incidência, prevalência e mortalidade do câncer. Estatísticas essas realizadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) através da coleta de dados nos prontuários, tarefa esta realizada pelo RHC.

5.1 O Registro Hospitalar de Câncer (RHC)

O Registro Hospitalar de Câncer (RHC) surge devido à necessidade de se dispor de um conjunto de informações sistematizadas sobre a incidência de câncer. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2012):

Os Registros Hospitalares coletam dados de todos os pacientes atendidos no hospital, com diagnóstico confirmado de câncer. Merece destaque a utilização das informações do registro hospitalar no planejamento do hospital em áreas carentes para o recrutamento de profissionais necessários e como base de informação para a pesquisa clínico-epidemiológica institucional.

Assim os registros de câncer são sistemas de coleta, armazenamento, processamento e análise de dados, por localização primária do tumor e comportamento dessa patologia, em uma área geográfica específica ou unidade hospitalar. Os registros podem ser basicamente diferenciados em:

- a) Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP)
- b) Registro Hospitalar de Câncer (RHC)

Os RHCs no Brasil estão se consolidando como fonte de informações para o planejamento e a assistência ao paciente oncológico, após a publicação da Portaria

GM/MS nº 3.535 de 1998, do Ministério da Saúde, que ao definir critérios para cadastramento dos Centros de Tratamento de Alta Complexidade (CACONs) passa a ser obrigatória a realização do registro (BRASIL, 2004).

O serviço de Oncologia da Santa Casa de Belo Horizonte implantou o RHC em 1999 e iniciou a coleta de dados nos prontuários do ano de 2000. O RHC se localiza nas dependências do Arquivo da Oncologia. O RHC coleta, armazena e analisa dados dos prontuários de todos os pacientes atendidos no hospital, com diagnóstico confirmado de câncer. Neste momento o prontuário passa a ser utilizado por seu valor secundário como documento arquivístico. As informações do RHC são utilizadas para a realização de monografias da Especialização em Cancerologia da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, para a produção de trabalhos científicos pelo corpo clínico do serviço de oncologia e como base de informação para a pesquisa clínico-epidemiológica institucional pela Secretaria de Saúde de Minas Gerais - Programa de Epidemiologia e Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco (PAV) (SOUZA *et al.*, 2012). O PAV foi criado em 1999 com o objetivo de conhecer o quadro do câncer no Brasil e de seus fatores de risco, assim é responsável por desenvolver ações relacionadas aos registros de câncer por meio da implantação, acompanhamento e aprimoramento dos registros de base hospitalar e populacional (D'ALESSANDRO; ANTONIAZZI; ABREU, 2010).

A coleta de dados abrange as clínicas de Quimioterapia e Radioterapia. As informações do RHC são coletadas através da anamnese e evolução clínica do paciente, assim é de extrema importância que os prontuários sejam completos e fidedignos contendo dados epidemiológicos como: escolaridade, profissão, procedência, naturalidade, cor, tabagismo, etilismo, histórico familiar de câncer, estadiamento (que avalia o grau de disseminação), topografia específica classificada pela Classificação Internacional de Doenças (CID), que apresenta a sua localização no corpo humano, etc. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012b).

A qualidade da informação do prontuário do paciente é o fator determinante para a qualidade do RHC, pois o registro é um espelho das informações contidas neste documento, assim qualidade significa completude e acurácia de informações nas quais é de extrema importância que o médico relate localização do tumor (CID), tipo

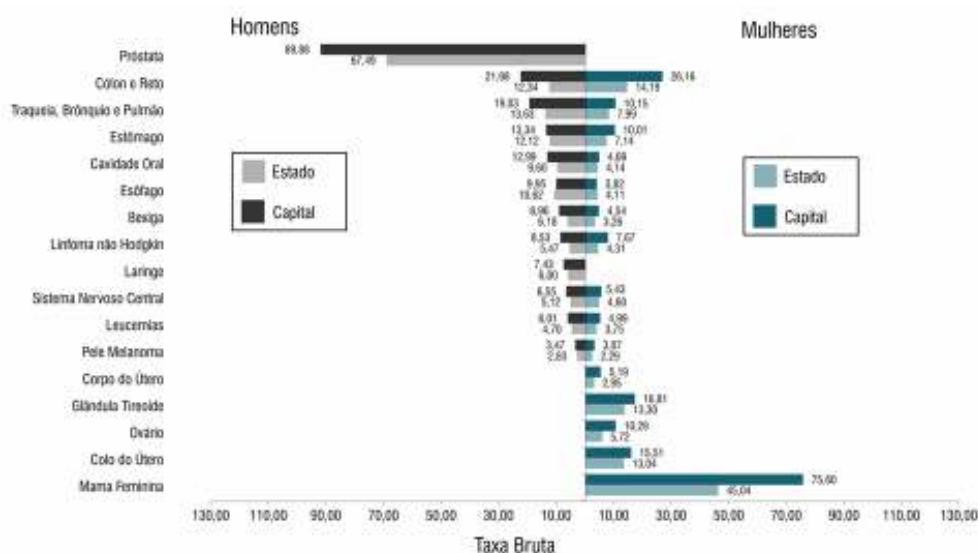
histológico (M-), estadiamento clínico/patológico, tratamentos realizados, resultado do tratamento e seguimento do paciente que informa se o paciente está vivo ou se foi a óbito por causa da doença (SOUZA *et al.*, 2012). D'alessandro, Antoniazzi e Abreu (2010, p.414), afirmam que “as informações dos registros hospitalares de câncer são de suma importância para o planejamento de ações de prevenção e controle do câncer”.

5.2 Estimativas de câncer em Minas Gerais e no Brasil com base nos dados dos prontuários da oncologia

O INCA em sua publicação sobre as estimativas de câncer para 2012 no Brasil, relatou que espera-se a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, sendo que deste número são esperados um total de 257.870 casos novos para o sexo masculino e 260.640 para o sexo feminino. O câncer de maior incidência nas mulheres será o câncer da mama com 52.680 casos novos, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Já para os homens estimam-se 60.180 casos novos de câncer da próstata, com um risco estimado de 62 casos novos a cada 100 mil homens (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011). Assim os Registros de Câncer são importantes para as publicações anuais do INCA sobre as estimativas de câncer no Brasil. As informações abaixo, apresentadas em gráficos, foram geradas através de diversos RHCs espalhados pelo Brasil, que coletam os dados dos prontuários de pacientes com câncer e passam esta informação através de um banco de dados: o Sistema Informatizado de Apoio ao RHC (SIS-RHC), a secretaria de saúde que por sua vez repassa a informação ao INCA.

Para Belo Horizonte e Minas Gerais as estimativas com base nos dados dos RHCs dos CACONs do estado, estão descritas na figura 2 abaixo:

FIGURA 2 - Taxas brutas de incidência estimadas para 2012 por sexo, segundo Estado e capital – Minas Gerais e Belo Horizonte





Fonte: Instituto Nacional do Câncer, 2011.

Nota: *Valores por 100 mil habitantes

Já na figura 3, temos a estimativa para a região sudeste do país:

FIGURA 3 - Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2012 por sexo, exceto pele não melanoma na Região Sudeste.

Localização primária	casos novos	percentual		Localização primária	casos novos	percentual
Próstata	9.490	25,6%	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Homens</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>Mulheres</p>  </div> </div>	Mama Feminina	9.350	28,4%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	5.140	13,9%		Cólon e Reto	2.860	8,7%
Cólon e Reto	2.510	6,8%		Traqueia, Brônquio e Pulmão	2.680	8,1%
Estômago	2.190	5,9%		Colo do Útero	2.000	6,1%
Esôfago	2.110	5,7%		Glândula Tireoide	1.480	4,5%
Cavidade Oral	1.600	4,3%		Estômago	1.220	3,7%
Laringe	1.310	3,5%		Ovário	1.110	3,4%
Bexiga	1.180	3,2%		Sistema Nervoso Central	910	2,8%
Sistema Nervoso Central	960	2,6%		Pele Melanoma	800	2,4%
Linfoma não Hodgkin	900	2,4%		Corpo do Útero	790	2,4%

Fonte: Instituto Nacional de Câncer, 2011.

Notas: Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

6 O SERVIÇO E O ARQUIVO DA ONCOLOGIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE

O tratamento do câncer na Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte começou em 1972, com o oncologista João Augusto Moreira, sendo localizado no Pavilhão Julio Soares, onde lhe foram designadas quatro salas. Em 1973, o médico oncologista Sebastião Cabral Filho entrou para a equipe se tornando o responsável pelo chamado Serviço de Quimioterapia dos Tumores Sólidos. Ao serviço coube o tratamento do câncer através da quimioterapia (tratamento através do uso de drogas) e da imunoterapia (tratamento através de vacinas ou outros meios que estimulam o sistema imunológico). Em fevereiro de 1975, o serviço de Quimioterapia dos Tumores Sólidos recebeu uma nova denominação sendo ampliado para Serviço de Oncologia Clínica. Atualmente o Serviço de Oncologia Clínica da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte conta com uma equipe multiprofissional qualificada composta por médicos, residentes, enfermeiras, farmacêuticas, assistentes sociais, psicólogas, assessoria de comunicação, serviço de pesquisa clínica e estatística, bibliotecária (setor de Ciência da informação que abriga arquivos de prontuários, de documentos, serviço de levantamento bibliográfico, etc.), informática e o RHC (CENTRO DE QUIMIOTERAPIA ANTIBLASTICA E IMUNOTERAPIA, 2012a; SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE, 1972; SILVA, 2009).

O Arquivo de Prontuários é responsável pela guarda dos prontuários das clínicas de radioterapia e oncologia clínica desde a sua fundação em 1972. O prontuário é o documento que contém todo o histórico de tratamento do paciente: consultas, exames, informações pessoais, como mostra a primeira ficha de cadastro de paciente no anexo A, entre outras informações. Atualmente o Arquivo do Serviço de oncologia possui cerca de 120.000 prontuários e mais de 50.000 exames de imagem (CENTRO DE QUIMIOTERAPIA ANTIBLASTICA E IMUNOTERAPIA, 2012a; SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE, 1972).

6.1 O Prontuário do Paciente com câncer da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte

O Prontuário da Oncologia da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte foi criado em 1973 pelo chamado de Serviço de Tratamento de Tumores Sólidos com a finalidade de organizar informações sobre paciente para atendimento, tratamento, para auditoria pela Comissão de Oncologia e cobranças junto ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Segundo livros de atas e relatórios institucionais anuais, o arquivo foi criado por iniciativa dos médicos oncologistas Sebastião Cabral Filho e Eduardo Nascimento que foram residentes do hospital A.C. Carmargo de São Paulo, instituição a qual inspirou o modelo do arquivo com algumas pequenas modificações, como por exemplo, o termo de concordância de tratamento e ficha de IBM, criada por Hugo Gatoni da IBM que até então São Paulo ainda não tinha. O prontuário foi feito com base no modelo do prontuário de Oncologia do Centro de Estudos de São Paulo, onde Sebastião Cabral Filho cursou sua residência em cancerologia. Foi elaborada uma classificação para o prontuário que permitisse a diferenciação entre paciente provenientes da quimioterapia e provenientes da radioterapia (CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS ONCOLÓGICAS DE MINAS GERAIS, 1977).

O prontuário surgiu diante da necessidade de ter organizados os documentos, exames, história e evolução clínica, dos pacientes tratados na oncologia para estudo e pesquisas específicas relacionadas ao câncer.

6.1.1 O registro e organização do Prontuário no Serviço de Oncologia da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte

O prontuário da oncologia da Santa Casa desde sua criação foi registrado na recepção da instituição no momento em que o paciente inicia sua primeira consulta com o oncologista. Este registro é feito em livro de protocolo pelo número de classificação e em seguida é realizado o cadastro⁴ do paciente e inserido as cópias dos documentos do mesmo. Em 1973 foi criada a primeira orientação para

⁴ Conforme se pode verificar no anexo A.

preenchimento de ficha de cadastro que era realizado manualmente⁵ (CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS ONCOLÓGICAS DE MINAS GERAIS, 1973). Atualmente o cadastro do paciente para a abertura de prontuário é realizado pelo sistema eletrônico *SMART*⁶ como mostrado na figura 4. O cadastro de pacientes é um documento que contém as informações básicas de identificação, assim o seu preenchimento deve priorizar a qualidade da informação para que esta possa ser recuperada de maneira correta para atender as rotinas administrativas de faturamento e consulta do serviço de oncologia. O preenchimento dos dados deve ser o mais completo possível e deve seguir um padrão: os nomes devem ser cadastrados de maneira completa, não sendo permitido o uso de abreviações.

FIGURA 4 - Cadastro eletrônico dos pacientes no sistema/software de gestão administrativa do CQAI

Atendimento ao Paciente - CQAI (2.1.903.099) / AMANDA D. SOUZA
Arquivo - Editor - Registro - Janelas - Utilitários - Socrato

Atendimento

Registro: 88462 Nome: TESTE Sexo: F Nascimento: 01/01/1900 112
Dt. Reg: 15/05/2007 Conv: SUS STL Utl. Atend: 00/00/0000 Fone:

Pront.: Status: Ativo -> Arg: Titular:
Matric.: Aconselh: Nã:
Plano: Latência: Matric. na Emp:
Válid.: Dt. Val.: 00/00/0000 Prof.:
Gr. Sang: Alt: Peso: EC: Dic:
DNS: RG: Dep: 00/00/00 CPF:
e-mail: CID: 10 12 Médico:
CEP: Tel. 2: Ramal: Celular: Telex:
Epiã: No. Cp:
Banco: Cidade:
Obs.:

Prontuário Questionários... Bases Conv. Secundário Acompanhantes Dados Complementares Trã. Ambulatório

Navegar apenas nos campos obrigatórios do formulário (casos especiais).

Gravar Fim de Empresa Aplicar na Fila

Registro 1 de 1. Status do prontuário: [pac_pac_pont_status]

Fonte: Centro de Quimioterapia Antiplástica e Imunoterapia, 2012b.

⁵ Conforme se pode verificar no Anexo B.

⁶ Software desenvolvido pela empresa Medicware Sistemas.

Já a organização interna dos documentos do prontuário do paciente é realizada no Arquivo do Serviço de Oncologia da Santa Casa. A organização de documentos do paciente segue uma ordem cronológica e contém os seguintes informações e/ou documentos (BERTOLLI FILHO, 1996, p.175):

- a) Cadastro do paciente;
- b) Termo de consentimento livre e esclarecido;
- c) Folha de anamnese, exame físico e dados etiológicos;
- d) Evolução e prescrição médica;
- e) Exames complementares (laboratoriais, radiológicos, ultra-sonográficos e outros) e seus respectivos resultados; resumo de alta; registro da informação de óbito;
- f) Cópia de Documentos de identificação.

O arquivo da oncologia é responsável pela organização e guarda dos prontuários do Serviço de Oncologia e de Radioterapia, devido ao fato destas duas clínicas apresentarem pacientes em comum, pois ambos os tratamentos fazem parte do tratamento do câncer.

6.1.2 Classificação dos Prontuários no Arquivo da Oncologia

Para guarda dos prontuários no arquivo nas estantes, foi definida em 1973, uma classificação numérica na qual o número inicial representa o serviço onde o paciente iniciou o tratamento:

300.000 - Serviço de Oncologia Clínica da Santa Casa

400.000 - Serviço de Radioterapia da Santa Casa

Nesta classificação a classe 300 refere-se ao paciente que recebeu seu primeiro atendimento no Serviço de Oncologia, já a classe 400, refere-se ao paciente que recebeu seu primeiro atendimento no Serviço de Radioterapia.

Em relação ao ciclo de vida dos documentos, os prontuários do Arquivo da Oncologia da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte serão classificados de acordo com a temporalidade da seguinte forma:

1. Corrente: Prontuários de pacientes em tratamento, em controle, revisão, pesquisa clínica, em processo de realização de RHC e prontuários ainda em sendo cadastrados no banco de dados da instituição.

2. Intermediário: Prontuários com mais de 1 ano cujo paciente foi a óbito ou data da última consulta há mais de 5 anos e que não será necessário realizar RHC e/ou seguimento para análise de sobrevida.

3. Permanente: Prontuários com mais de 20 anos de registros contados a partir da data da última consulta e selecionados por valor histórico para preservação da memória institucional.

6.1.3 Mudanças do Prontuário

Após análise documental de prontuários de 1973, percebeu-se que os exames de imagens eram rudimentares e restritos. Atualmente o diagnóstico do câncer apresenta uma grande variedade de exames como: Pet-scan, imunohistoquímica, ressonância magnética, tomografia computadorizada, etc.; e todos esses exames devem ser anexados ao prontuário.

As mudanças realizadas no cadastro de pacientes nos prontuário aconteceram com o objetivo de se conhecer melhor o paciente e obter informações mais completas, isto fez com que alguns campos do cadastro fossem melhorados com o passar do tempo. Em 1999, devido a realização do RHC foi acrescentado o campo sobre tabagismo, alcoolismo e histórico familiar de câncer, dados estes necessário para a ficha do RHC. Segundo livro de Ata do CEOMG de 1977, as modificações do prontuário foram implementadas para melhorar a qualidade das informações contidas naquele. Com o passar dos anos houve mudanças no prontuário como o acréscimo da informação/documentação sobre: alcoolismo, tabagismo, histórico familiar de câncer, CID, TNM (informações epidemiológicas); cópias de documentos

como: CPF e Cartão do Sistema Único de Saúde (SUS); além da informatização dos dados para facilitar na recuperação dos mesmos.

Hoje a utilização do prontuário, além da assistência ao paciente, visa a realização de estudos epidemiológicos, pesquisa clínica, trabalhos científicos e acadêmicos, fonte de informações para realização do RHC e RCBP como fonte de diagnóstico e evolução da doença e tratamentos realizados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização do estudo percebemos a importância da realização de ações para garantir a qualidade e segurança da informação dos prontuários dos pacientes e estas devem ser contínuas, uma vez que ele serve de fonte de informação para melhor atenção ao paciente com câncer, em primeiro lugar, mas apresenta também outras finalidades secundárias, ligadas à pesquisa e à promoção de ações de políticas públicas de saúde. Pudemos verificar o grande interesse pelos prontuários dos pacientes, que ao contrário de muitos outros documentos, não decai após a fase corrente – ao contrário, o interesse pode ser aumentado pelos valores secundários daqueles, como fonte de informação para pesquisa e planejamento de políticas públicas.

O acervo de prontuário do arquivo da oncologia da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte se constitui como um dos mais importantes para estudo histórico da doença em Minas Gerais por se tratar de um hospital de referência no estado e entre as principais mudanças se destaca a ampliação dos documentos constantes no prontuário devido à evolução e complexidade do tratamento do câncer. Percebemos também uma ampliação e melhora do detalhamento de informações sobre o paciente.

O RHC é uma importante fonte de informação para estudos epidemiológicos, para a produção de trabalhos científicos, para o planejamento, fluxo de atendimento de pacientes oncológicos e para a criação de políticas e campanhas de prevenção e detecção precoce do câncer em determinada população, sendo que este só existe devido a as informações dos prontuários. Os RHCs também se constituem em importante instrumento de apoio a formulação da Política Nacional de Atenção Oncológica, à avaliação da qualidade de atividade assistencial e como subsídio para elaboração de pesquisa clínica.

Os dados oriundos do prontuário se configuram como uma importante fonte para aprimorar a assistência prestada aos pacientes com tumores malignos, pois traçam

o perfil da clientela, evidenciam aspectos demográficos, mostram os recursos que são usados no diagnóstico e tratamento, acompanham a evolução da doença e o estado geral dos pacientes ao longo do tempo.

O PEP se configura como uma necessidade atual e a tendência é que os registros médicos se firmem no formato eletrônico, desde que sejam vencidas as barreiras que assegurem a qualidade dos prontuários como documentos arquivísticos.

A organização da informação em saúde através da gestão de arquivos de prontuários é necessária e fundamental para proporcionar uma melhor assistência ao paciente com câncer.

REFERÊNCIAS

BARRETO, E. M. T. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro. v. 51, n.3, p.267-75, 2005.

BARROWS, R. C.; CLAYTON, P. D. Privacy, confidentiality, and electronic medical records. **J Am Med Inform Assoc**, v.3, n.2, p.139-48, Mar-Apr. 1996. Review.

BELLOTO, H. L. **Como fazer análise diplomática e análise tipológica de documentos de arquivo**. São Paulo: Arquivo do Estado/Imprensa Oficial, 2002. 120p.

BERTOLLI FILHO, C. Prontuários médicos: fonte para o estudo da história social da medicina e da enfermidade. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, June 1996. 173-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701996000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 abril 2012.

BEZERRA, S.M. Prontuário Eletrônico do Paciente: uma ferramenta para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde. **Meta: Avaliação**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 73-82, jan./abr. 2009.

BIREME / OPAS / OMS. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. **Guia da BVS 2011: Versão 19**. São Paulo - Março 2011. Disponível em: Acesso em 26 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Registro hospitalar de câncer: dados dos hospitais do INCA, relatório anual 1994/1998**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS ONCOLÓGICAS DE MINAS GERAIS. **O computador em oncologia médica**. Belo Horizonte, 1975. 145p. Datilografado.

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS ONCOLÓGICAS DE MINAS GERAIS (CEOMG). **Livro de Ata**, 1973. Manuscrito.

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS ONCOLÓGICAS DE MINAS GERIAS. **Relatório da diretoria do CEOMG: gestão 1977**. Datilografado.

CENTRO DE QUIMIOTERAPIA ANTIBLÁSTICA E IMUNOTERAPIA. **A clínica: institucional**. Disponível em: <http://www.cqai.com.br/>. Acesso em 30 nov 2012a.

CENTRO DE QUIMIOTERAPIA ANTIBLÁSTICA E IMUNOTERAPIA. **Sistema Smart**. [Software de gestão financeira hospitalar] Disponível na rede CQAI. Acesso em 30 nov. 2012b.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 1.246 de 08 de janeiro de 1988. **Diário Oficial da União**. Brasília, 26 jan. 1988. Disponível em: http://www.crpmi.com.br/pdf/codigo_etica_medica.pdf.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº. 1931, de 17 de setembro 2009. Brasília, 2010. Versão de bolso. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/campanha.asp>. Acesso em 24 maio 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.331 de 1989**. Aprova o Código de Ética Médica. disponível em : http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1988/1246_1988.htm. Acesso em out de 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.638 de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília. 9 ago 2002, Seção I, p.184-5.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.821 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. Publicada no **Diário Oficial da União**. Brasília. 23 nov. 2007, Seção I, pg. 252.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1931 de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**. Brasília, 24 set 2009, Seção I, p. 90. (Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173). Disponível em : http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm. Acesso 09 ago 2012.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. Resolução CONARQ nº 22, de 30 de junho de 2005. Dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, edição nº 126 de 04 de julho de 2005 - Seção 1.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. Resolução CONARQ nº 1, de 18 de outubro de 1995. Dispõe sobre a necessidade da adoção de planos e ou códigos de classificação de documentos nos arquivos correntes, que considerem a natureza dos assuntos resultantes de suas atividades e funções. **Diário Oficial da União**, Brasília. nº 204, 24 out 1995.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL. **Prontuário médico do paciente**: guia para uso prático. Brasília: Conselho Regional de Medicina, 2006. Disponível em : <http://www.crmdf.org.br/sistemas/biblioteca/files/7.pdf>. Acesso 09 ago 2012.

D'ALESSANDRO, T.A.L.; ANTONIAZZI, B. N.; ABREU, D.M.X. Registros hospitalares de câncer de Minas Gerais: análise de consistência das bases de dados. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p. 410-7, 2010.

DURANTI, L. Registros documentais contemporâneos como provas de ação. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v.7, n.13, p.49-64, 1994.

GALLIGIONI, E.; *et al.* Development and daily use of an electronic oncological patient record for the total management of cancer patients: 7 years' experience. **Ann Oncol**, v.20, n.2, p:349-52, 2009.

GREENE, M. O poder do significado: a missão arquivística na era pós-moderna. IN: NEVES, Marta Eloísa Melgaço; NEGREIROS, Leandro Ribeiro (Orgs.). **Documentos Eletrônicos**: fundamentos arquivísticos para a pesquisa em gestão e preservação. Belo Horizonte: Secretaria do Estado da Cultura de Minas Gerais, Arquivo Público Mineiro, 2008. Cap.1, p.15-32.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Registro Hospitalar de Câncer**. Disponível em : [.http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=351](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=351). Acesso em 09/04/2012a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012** : incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro : Inca, 2011. 118 p. Disponível em : <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>. Acesso em : 09 abril 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estadiamento**. Disponível em : <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>. Acesso em: 20 nov 2012b.

LOPES, I. L. Novos paradigmas para avaliação da qualidade da informação em saúde recuperada na *Web*. **Ci. Inf.**, Brasília, DF. v.33, n.1, p. 81-90, 2004.

MASSAD, E.; MARIN, H.F.; AZEVEDO NETO, R.S. (Ed.). **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo, Março de 2003. 213p. Disponível em : <http://www.sbis.org.br/site/arquivos/prontuario.pdf>. Acesso em ago 2012.

MEDEIROS, N. L.; AMARAL, C. M. G. A Representação do ciclo vital dos documentos: uma discussão sob a ótica da gestão de documentos. **Em Questão**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 297 - 310, jul./dez. 2010.

NATIONAL CANCER INSTITUTE.(Estados Unidos) . Updated: 02/06/2012. **What Is Cancer?** Disponível em: <http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/what-is-cancer>. Acesso em 09 abril 2012.

PATRÍCIO, C. M. ; *et al.* O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 21, n.3, p. 121-131, 2011.

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

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE. **Serviço de Oncologia clínica da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte**: relatório da diretoria,1972. Datilografado.

SANTOS, M. H. **Santa Casa de Belo Horizonte**: uma história de amor à vida. 2.ed.Belo Horizonte: Grupo Santa Casa IEP, 2010.138p.

SAVI, M.G.M.; SILVA, E. L. O fluxo da informação na prática clínica dos médicos residentes: análise na perspectiva da medicina baseada em evidências. **Ci. Inf.** [online], v.38, n.3, p. 177-191,2009.

SILVA, A.L. Colaboração à história da oncologia em Minas Gerais. **Rev. méd. Minas Gerais**, v.19, n.1, p.85-89, jan./-mar. 2009.

SILVA, E.P. A abordagem informacional dos arquivos. **Arquivística.net**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p. 82-101, jan./jun.2008.

SILVA, F. C. C.A atuação do bibliotecário médico e sua interação com os profissionais da saúde para busca e seleção de informação especializada. **Rev. Dig. Bibl. Ci. Inf**, Campinas, v. 3, n. 1, p. 131-151, jul./dez. 2005.

SOUZA, A. D.; *et al.* O Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do Serviço de Oncologia da Santa Casa: uma análise dos dados consolidados. In: SIMPÓSIO MINEIRO DE ONCOLOGIA, 14, 2012. Belo Horizonte.**Anais...**São Paulo: Âmbito Hospitalar, 2012. Pôster nº9.

SOUZA, K.M.F. **A gestão da informação ajudando a salvar vidas**: o prontuário eletrônico do paciente.39f. Monografia (Especialização em Gestão Estratégica da Informação) Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

TEIXEIRA, J. **Notas jurídicas sobre o prontuário do paciente**.São Paulo: GT Editora,2007.168p.

ANEXOS

ANEXO A - Primeira ficha de cadastro de pacientes

CEDOMG - Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas Minas Gerais		REGISTRO DE PACIENTES		Prontuário DV <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Nome do Paciente <input type="text"/>		Dia <input type="text"/>	Mês <input type="text"/>	Ano <input type="text"/> <input type="text"/>	
ENDEREÇO DO PACIENTE		Rua <input type="text"/>		Número <input type="text"/>	Complemento <input type="text"/>
Bairro <input type="text"/>		Cidade <input type="text"/>	Est. <input type="text"/>	CEP <input type="text"/> <input type="text"/>	
DADOS DE ORIGEM (NASCIMENTO)					
Dia <input type="text"/>	Mês <input type="text"/>	Ano <input type="text"/>	Cidade Natal <input type="text"/>		Est. <input type="text"/>
País <input type="text"/>		CEP <input type="text"/> <input type="text"/>			
DADOS GERAIS			DADOS BIOMÉTRICOS		
Id. <input type="text"/>	EC <input type="text"/>	Cor <input type="text"/>	Prof. <input type="text"/>	P. Normal <input type="text"/>	P. Ideal <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TRATAMENTO			DESLIGAMENTO		RELIGAMENTO
Código <input type="text"/>	Tipo <input type="text"/>	Trat. (T) <input type="text"/>	Mot. Dia <input type="text"/>	Mês <input type="text"/>	Ano <input type="text"/>
Convenio <input type="text"/>	Trat. (F) <input type="text"/>	FUP (F) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INSTRUÇÕES					
SEXO: Masc. - M Fem. - F	COR: Branco - 1 Preto - 2 Mulato - 3 Amarelo - 4 Outros - 9	CONVÊNIO: Partic. - 01 INPS - 02 Ipsemg - 03 Funrural - 04 Não pag. - 05 Outros - 99	TIPO TRAT.: QSM - 1 QSC - 2 RSM - 3 RSC - 4 QSM+RSM - 5 QSC+RSC - 6 QSM+RSC - 7 QSC+RSM - 8	DESLIG.: Óbitos - 1 Câncer - 2 Out. doen. - 3 Acidente - 4 Desap. - 5 Transf. - 6 Cura total - 7 Outros - 8	RELIGAMEN: Recidiva - 1 Tran. novo - 2 Reaparec. - 3 Outros - 9
EST. CIVIL: Casado - c Solteiro - s Viuvo - v Desq. - d Outros - o					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cadastrado por	Conferido por	Visto Médico		Visto	

ANEXO B - Primeira orientação para preenchimento da ficha de cadastro de pacientes

ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO DE FICHAS DE CADASTRO
(REGISTRO DE PACIENTES)

1ª - O cadastramento deverá ser feito pelas secretárias do Serviço de Quimioterapia e do Instituto de Radioterapia.

a - Os dados referentes a peso, altura para os pacientes internados, deverão ser colhidos junto à enfermagem. Para os pacientes externos, pesa-los e medi-los no Serviço.

b - Os dados referentes a peso ideal e área corporal serão obtidos consultando tabelas especiais.

2ª - Os dados referentes ao tipo de tratamento, ou se o paciente está em tratamento ou Follow-up, quando houver dúvidas deverão ser colhidos junto a um dos médicos de ambos os serviços.

3ª - Para as profissões, consultar código do Imposto de Renda.
OBS: Não se pode considerar profissão, exemplo, como: Referenciado, aposentado, etc.. Neste caso verificar a profissão anterior

4ª - As colunas de desligamento e Religamento só deverão ser preenchidas após consultas a um dos médicos, ou na sala de registros de dados.

A coluna destinada aos dados biométricos está errada e deverá ser vista da seguinte forma.

Peso Normal

--	--	--	--	--	--

Peso Ideal

--	--	--	--	--	--

Peso Entrada

--	--	--	--	--	--

Portanto os pesos devem ser escritos com duas ou tres casas antes da virgula e duas casas após a virgula.

EX: 0,92,50 - 110,20

Quando se usar somente duas casas antes da virgula preencha a a ficha da seguinte maneira.

x	9	2	5	0
---	---	---	---	---

Despreza-se o quadrinho da esquerda.

5^o- A pessoa que cadastrar o paciente, deverá assinar a coluna propria colocando juntamente a data.

OBS: Não destacar as folhas (original e cópia) antes que seja conferida e vistoriada.

6^o -Após o cadastramento as fichas devem ser encaminhadas, acompaⁿnhadas dos respectivos prontuários para serem conferidas por:
SANTA MÔNICA : Centro de Quimioterapia - D. Yole
Inst. Radioterapia - Dr. Armando Grecco

7^o -Após conferido a ficha, deverá ser encaminhada, para visto de:
Centro de Quimioterapia: Dr. João Augusto Moreira Teixeira
Dr. Eduardo Nascimento
Dr. Sebastião Cabral Filho
Instituto Radioterapia- Dr. Armando Grecco, ou
outros designados.

8^o- Nos casos em que e não houver preenchimento das colunas por iⁿexistencia de dados (Bairro, CEP, etc.) anular as colunas com \emptyset ou traço.

9^o -Após seguida esta rotina a secretaria fará:

a - Destacar as folhas

b - Colocar o original no prontuário de paciente

c - Colocar a cópia em pasta propria que será enviada para IBM ao final de cada mes.

ANEXO C – Roteiro para coleta de dados do arquivo nosológico

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS PARA ARQUIVO NOSOLÓGICO

1ª - Todos os prontuários manuseados no dia, deverão ser encaminhados ao SAE

PRONTUÁRIOS MANUSEADOS COMPREENDEM

- a - Pacientes novos após realização da anamnese e exame loco-regional
- b - Relatórios de Alta
- c - Prontuários de pacientes em follow-up, ou em tratamento externo solicitado pelos médicos para anotações [óbito, transferência, etc.]
- d - Revisão em ambulatório
Pacientes externos
- e - Pacientes que terminaram tratamento ou ciclo de tratamento em ambulatório
- f - Prontuários manuseados pela secretaria para:
 - 1 - Afixação de relatórios médicos
 - 2 - Afixação de exames
 - 3 - Anotação de óbito, transferência, etc.
 - 4 - Fornecimento de relatórios.

Obs.: Este item é considerado somente para os pacientes que já tenham sua primeira ficha de Nosológico preenchida.

2ª - Todos os dados de importância colhidos por médicos ou pela secretaria, por telefone, cartas ou pessoalmente, devem ser anotados pela secretaria ou pelo médico, e o prontuário em seguida encaminhado ao SAE para preenchimento de fichas nosológicas.

APÉNDICE

APÊNDICE A - Autorização da Instituição para elaboração da monografia



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Ciência da Informação
Especialização em Gestão Estratégica da Informação

Belo Horizonte, 03 de julho de 2012.

Ao
 Diretor Presidente do Centro de Quimioterapia Antiplástica e Imunoterapia,
 Dr. Eduardo Nascimento

REF: Termo de Autorização para elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso

Prezado Dr Nascimento,

Eu, Sebastião Cabral Filho, Coordenador da Residência em Oncologia Clínica da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, declaro para os devidos fins que Amanda Damasceno de Souza é minha orientanda da monografia intitulada: **O prontuário do Paciente do Serviço de Oncologia da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte: fonte de informação para melhor atenção no tratamento e cura do paciente com câncer**, assim peço autorização para a realização deste estudo realizado no âmbito do curso de especialização em Gestão Estratégica da Informação da UFMG, como requisito para a obtenção do Título de especialista.

Declaro que o trabalho pode se ser submetido a publicação após a defesa do TCC junto ao colegiado de Pós-graduação da Escola de Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerais.

Dedaro estar ciente

Sendo o que se apresenta, assino este Termo de Responsabilidade.

 **Dr. Sebastião Cabral Filho**
 CRMG 6435 - CPF: 071.908.620-83

Sebastião Cabral Filho - Co-orientador

Autorizado por: _____


Dr. Eduardo Nascimento
 CRMG 6440 - CPF: 070.647.165-03