

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE BIBLIOTECONOMIA E COMUNICAÇÃO  
CURSO DE ARQUIVOLOGIA

Lúcia Andréia Nunes de Oliveira Nunes

**GESTÃO DE DOCUMENTOS EM PRONTUÁRIOS DE PACIENTES:**

Um estudo de caso no Departamento de Genética da UFRGS

Porto Alegre

2018

LÚCIA ANDRÉIA NUNES DE OLIVEIRA NUNES

**GESTÃO DE DOCUMENTOS EM PRONTUÁRIOS DE PACIENTES:**

Um estudo de caso no Departamento de Genética da UFRGS

Monografia desenvolvida como requisito parcial para a conclusão da atividade Trabalho de Conclusão de Curso, apresentada para obtenção do título de Bacharel em Arquivologia da Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Ana Regina Berwanger

Porto Alegre

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann

Vice-Reitor: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jane Tutikian

FACULDADE DE BIBLIOTECONOMIA E COMUNICAÇÃO

Diretor: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Karla Müller

Vice-diretor: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ilza T. Girardi

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA INFORMAÇÃO

Chefe: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jeniffer Alves Cuty

Chefe-substituto: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliane L. da S. Moro

COMISSÃO DE GRADUAÇÃO DO CURSO DE ARQUIVOLOGIA

Coordenador: Prof. Dr. Rodrigo Caxias de Sousa

Coordenador-substituto: Prof. Jorge Eduardo Enriquez Vivar

**CIP - Catalogação na Publicação**

Nunes , Lúcia Andréia Nunes de Oliveira  
GESTÃO DE DOCUMENTOS EM PRONTUÁRIOS DE PACIENTES:  
Um estudo de caso no Departamento de Genética da UFRGS  
/ Lúcia Andréia Nunes de Oliveira Nunes . -- 2018.  
75 f.  
Orientador: Ana Regina Berwanger.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade  
de Biblioteconomia e Comunicação, Curso de  
Arquivologia, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Gestão de documentos. 2. Prontuários de  
pacientes. I. Berwanger, Ana Regina, orient. II.  
Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Departamento de Ciências da Informação

Rua Ramiro Barcelos, 2705 Campus Saúde

Bairro Santana Porto Alegre – RS

CEP: 90035-007

Telefone: (51) 3308-5067

Fax: (51) 3308-5435

LÚCIA ANDRÉIA NUNES DE OLIVEIRA NUNES

**GESTÃO DE DOCUMENTOS EM PRONTUÁRIOS DE PACIENTES:**

Um estudo de caso no Departamento de Genética da UFRGS

Monografia apresentada para obtenção do título de Bacharel em Arquivologia da Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Banca Examinadora:**

---

Prof<sup>a</sup>. Ana Regina Berwanger - UFRGS

Orientadora

---

Prof. Me. Francisco Alcides Cougo Júnior - UFSM

---

Prof. Jorge Eduardo Enríquez Vivar - UFRGS



## **AGRADECIMENTOS**

À minha filha Julia e meu esposo Eduardo.

À minha mãe Sueli, minha irmã Ellen e demais familiares.

À Professora Ana Regina Berwanger, pela orientação, disponibilidade e apoio nos Estágios Obrigatórios e na realização deste Trabalho de Conclusão de Curso.

Aos Professores Claiton Bau e Lavínia Faccini, do Departamento de Genética da UFRGS, pela disponibilização dos documentos e espaço para a realização dos Estágios Obrigatórios e do Trabalho de Conclusão de Curso.

À Enfermeira da Vigilância Epidemiológica de Tangará da Serra/MT, Juliana Herrero da Silva, pela sua disponibilidade em responder aos questionamentos, sempre de forma rápida. Foi essencial para a realização deste trabalho.

Aos Professores do Curso de Arquivologia, em especial à Profa. Valéria Bertotti, pela amizade, incentivo e tantas oportunidades durante o Curso, que contribuíram muito para meu conhecimento e crescimento.

Aos Professores Francisco Alcides Cougo Júnior e Jorge Eduardo Enriquez Vivar, membros da banca deste Trabalho de Conclusão de Curso.

Aos colegas e amigos que fiz nesta caminhada, em especial às minhas duas amigas queridas, Cláudia Daniella Vieira e Lisiane Braga Ferreira.

## **RESUMO**

Este trabalho trata da gestão de documentos em prontuários de pacientes. Foi realizado um estudo de caso no Departamento de Genética da UFRGS, com os prontuários de pacientes produzidos no desenvolvimento de projeto de pesquisa. A informação na área da saúde é registrada em Prontuários de Pacientes, que são documentos de valor administrativo, jurídico e informacional, e para que esta informação esteja organizada e acessível, é necessário o estabelecimento de normas e regras para o seu tratamento, armazenamento e disponibilização, ou seja, a gestão de documentos, que é o procedimento inicial na organização de um arquivo.

## **PALAVRAS-CHAVE**

Gestão de documentos. Arquivos Médicos. Prontuários de pacientes.

## **ABSTRACT**

This work deals with the management of documents in patients' medical records. A case study was carried out in the Department of Genetics of UFRGS, with patient records produced in the development of a research project. Health information is recorded in Patient Records, which are documents of administrative, legal and informational value, and for this information to be organized and accessible, it is necessary to establish norms and rules for its treatment, storage and document management, which is the initial procedure in the organization of a file.

## **KEY-WORDS:**

Document management. Medical Files. Patient records.

## LISTA DE IMAGENS

Imagem 1	Sala da Vigilância Epidemiológica de Tangará da Serra/MT .....	24
Imagem 2	Fluxo da informação .....	30
Imagem 3	Prontuários de pacientes no DEGEN/UFRGS .....	31
Imagem 4	Prontuários de pacientes na Vigilância Epidemiológica de Tangará da Serra/MT .....	31

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CFM	Conselho Federal de Medicina
CONARQ	Conselho Nacional de Arquivos
DEGEN	Departamento de Genética
FNS	Fundo Nacional de Saúde
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior
INCT	Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
RN	Recém-nascido
SES	Secretária Estadual de Saúde
TTDDA	Tabela de Temporalidade e Destinação de Documentos de Arquivo
UFMT	Universidade Federal do Mato Grosso
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNEMAT	Universidade Estadual do Mato Grosso

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>GESTÃO DE DOCUMENTOS .....</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>PRONTUÁRIOS DE PACIENTES .....</b>	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>PROJETO ZIKA .....</b>	<b>19</b>
<b>4.1</b>	<b>Legislação médica e arquivística referentes aos prontuários de pacientes .....</b>	<b>21</b>
<b>4.2</b>	<b>Levantamento e Análise dos Documentos .....</b>	<b>23</b>
<b>4.3</b>	<b>Identificação do fluxo da informação e identificação dos usuários da informação .....</b>	<b>28</b>
<b>4.4</b>	<b>Orientações referentes à classificação, avaliação e conservação de documentos .....</b>	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>35</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>38</b>
	<b>APÊNDICE I Solicitação de autorização para uso das informações .....</b>	<b>43</b>
	<b>APÊNDICE II Questionário .....</b>	<b>44</b>
	<b>APÊNDICE III Tabela com prazos de guarda dos documentos que compõem os prontuários de pacientes do Projeto Zika .....</b>	<b>45</b>
	<b>ANEXO I Código de Ética Médica, Cap. IX, artigos 73-77, 87-88 .....</b>	<b>47</b>
	<b>ANEXO II Resolução nº 1.605/2000 - Conselho Federal de Medicina .....</b>	<b>48</b>
	<b>ANEXO III Resolução nº 1.638/2002 - Conselho Federal de Medicina .....</b>	<b>50</b>
	<b>ANEXO IV Lei Federal de Arquivos, nº 8.159/1991 .....</b>	<b>53</b>
	<b>ANEXO V Lei de Acesso à Informação, nº 12.527/2011 .....</b>	<b>56</b>
	<b>ANEXO VI Resolução nº 22/2005 - CONARQ .....</b>	<b>57</b>
	<b>ANEXO VII Ficha de Caracterização do Fenótipo da Embriopatia por Zika vírus .....</b>	<b>59</b>
	<b>ANEXO VIII Declaração de Nascido Vivo .....</b>	<b>61</b>
	<b>ANEXO IX Formulário de exames complementares e testagens .....</b>	<b>62</b>
	<b>ANEXO X Ficha de notificação SINAN .....</b>	<b>64</b>

<b>ANEXO XI Formulário de Registro de Eventos em Saúde Pública .....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO XII Requisição LACEN - Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial .....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO XIII Questionário de investigação para microcefalia .....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXO XIV Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>73</b>





## 1 INTRODUÇÃO

No Departamento de Genética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (DEGEN/UFRGS) são realizadas pesquisas nas áreas de Genética Vegetal, Animal, Humana e Médica. Na área de Genética Humana e Médica são desenvolvidas pesquisas visando a investigação ao nível epidemiológico, clínico e molecular de doenças genéticas ou malformações congênitas, que no decorrer de suas atividades produzem prontuários de pacientes.

O prontuário de paciente é um conjunto de documentos que possui todas as informações do paciente, com valor administrativo, jurídico e informacional, tem papel importante na sociedade, propiciando o compartilhamento de informações e o conhecimento entre os diversos profissionais da saúde, contribuindo para a pesquisa científica e ensino, bem como constituindo a memória de um serviço de saúde.

Para que a informação esteja organizada e acessível, é necessário que sejam estabelecidas normas e regras para o tratamento, armazenamento e disponibilização das informações, ou seja, a gestão de documentos, que é um conjunto de procedimentos e operações técnicas referentes a produção, utilização e destinação dos documentos.

Desta forma, o presente trabalho é um estudo de caso realizado no DEGEN/UFRGS, onde vários projetos de pesquisa da Área de Genética Humana e Médica, encerrados ou em andamento, produzem prontuários de pacientes, que estão sob a guarda deste Departamento. Há uma massa documental acumulada que necessita de tratamento arquivístico e, devido as várias possibilidades de uso dos prontuários, sua organização, guarda e conservação são de extrema importância.

A pesquisa foi realizada com os prontuários de pacientes do projeto de pesquisa intitulado *A história natural da epidemia por vírus Zika em uma comunidade brasileira: incidência na população geral, nas gestantes, anomalias congênitas em recém-nascidos e consequências para o desenvolvimento infantil*, também chamado de "Projeto Zika".

O objetivo geral do trabalho é propor tratamento arquivístico, através da aplicação de instrumentos de gestão de documentos, para os prontuários de pacientes produzidos pelo Projeto Zika, e como objetivos específicos, estudar a legislação médica e arquivística referente aos prontuários de pacientes; fazer o levantamento e análise dos documentos que compõem os prontuários; identificar o fluxo da informação e os usuários da informação; estudar orientações referentes à classificação, avaliação e conservação dos documentos.

A pesquisa se caracteriza como uma pesquisa de abordagem qualitativa, na forma de estudo de caso, do tipo exploratório. O estudo de caso tem o objetivo de buscar compreender o evento que está sendo estudado, indo além de descrever os fatos ou situações, ou seja, é preciso identificar um problema, analisar as evidências, desenvolver argumentos, avaliar e propor soluções. As informações foram coletadas através da aplicação de questionário com membro da equipe do projeto, de entrevista informal (não estruturada) com a Coordenação do projeto e de pesquisa bibliográfica.

O trabalho está estruturado em cinco capítulos, onde o capítulo dois trata da gestão de documentos e o três dos prontuários de pacientes. O quarto capítulo identifica o contexto da pesquisa e traz uma discussão sobre as fases de produção, utilização e destinação dos prontuários de pacientes, e o capítulo cinco traz as conclusões e recomendações deste estudo.

O trabalho justifica-se pela importância que estes prontuários têm na tomada de decisão, pois as informações servirão para a tomada de medidas e investimentos na saúde, bem como garantia de direitos aos pacientes. São documentos que estão na fase corrente, sendo importante a aplicação de instrumentos de gestão, evitando o acúmulo de documentos sem tratamento arquivístico adequado, contribuindo para a organização, acesso e preservação destes documentos.

## 2 GESTÃO DE DOCUMENTOS

Mudanças políticas, tecnológicas e científicas influenciaram o desenvolvimento da disciplina arquivística, promovendo discussões e adaptações à realidade que se apresentava. O aumento progressivo da produção documental tornou necessária a criação de métodos de controle sobre a produção de documentos (CRUZ, 2013).

Os Estados Unidos, entre outros países, são considerados pioneiros na elaboração do conceito de gestão de documentos, que surge com a denominação de *Record management*, que inicialmente era nitidamente mais administrativa do que arquivística, pois se tratava de otimizar o funcionamento da administração, limitando a produção de documentos e prazos de guarda (INDOLFO, 2007).

A gestão de documentos<sup>1</sup> é o procedimento inicial na organização de um arquivo, com a definição de normas e procedimentos técnicos que irão assegurar o cumprimento de todas as fases do documento, garantindo o efetivo controle desde a produção do documento até sua destinação final (BERNARDES; DELATORRE, 2008).

A arquivística integrada, desenvolvida no Canadá, tem por objetivo ocupar-se simultaneamente dos valores primário e secundário dos documentos, abrangendo todo o seu ciclo vital<sup>2</sup>, o que assegura uma política integrada na organização dos arquivos ao considerar as informações de forma global (BORTOLIN, 2010).

---

<sup>1</sup> Gestão de documentos: "Conjunto de procedimentos e operações técnicas referentes à produção, tramitação, uso, avaliação e arquivamento de documentos em fase corrente e intermediária, visando sua eliminação ou recolhimento. Também chamada de administração de documentos" (BRASIL, 2005, p. 100).

<sup>2</sup> Ciclo vital dos documentos - Fase corrente (valor primário): o uso dos documentos é frequente e estão vinculados aos fins imediatos que determinam sua produção/recebimento no desenvolvimento das atividades da instituição. É nessa fase que os documentos devem ser avaliados, determinando seus prazos de guarda e destinação. Fase intermediária (valor primário): pouca frequência de uso e aguardam cumprimento de prazos de prescrição ou precaução. Nessa fase, após o cumprimento dos prazos estabelecidos, executa-se a destinação final que será a eliminação ou recolhimento para o arquivo permanente. Fase permanente (valor secundário): os documentos são preservados definitivamente pelo seu valor histórico, servindo como fonte de pesquisa.

A gestão de documentos possui três fases<sup>3</sup> fundamentais que são, a produção, a utilização e a destinação de documentos. Para a realização da gestão é necessário estabelecer uma série de procedimentos, que permitirão o acompanhamento da documentação arquivística produzida. Segundo Roncaglio (2015, p. 9), os procedimentos necessários são:

- elaborar uma política de gestão de documentos arquivísticos;
- conhecer a estrutura e funções da instituição;
- identificar os tomadores de decisão da administração estratégica, bem como os processos e os documentos gerados;
- analisar os fluxos de trabalho;
- desenvolver estratégias de implementação ou adequação do sistema de gestão de documentos;
- subsidiar com instrumentos técnico-científicos a implementação da gestão de documentos e dos serviços arquivísticos;
- identificar problemas e propor soluções quanto à gestão de documentos.

Segundo Indolfo (2007), no que se refere à aplicabilidade da gestão de documentos, observam-se quatro níveis de aplicação:

- nível mínimo: engloba programas de retenção e eliminação de documentos, estabelecendo métodos para recolhimento dos documentos de valor permanente.
- nível mínimo ampliado: engloba as atividades do nível mínimo, contando com um ou mais centros de arquivamento intermediário
- nível intermediário: complementa os dois primeiros, contando ainda com programas básicos de elaboração de formulários e correspondência e com a implantação de sistema de arquivos
- nível máximo: compreende gestão de diretrizes administrativas, de telecomunicações e o uso de recursos da automação, abrangendo também todas as atividades dos níveis anteriores.

---

<sup>3</sup> Fases da gestão de documentos - Produção: consiste na elaboração dos documentos em razão das atividades da instituição ou setor. Utilização: está relacionado com o fluxo dos documentos, necessários ao cumprimento das funções da instituição, bem como sua guarda após cessar o trâmite. Destinação: fase de análise e avaliação dos documentos para estipular os prazos de guarda. Elas possibilitam que a documentação arquivística não perca a organicidade, a destinação adequada e o acesso aos documentos.

A gestão de documentos pressupõe ampla pesquisa e estudo sobre o produtor e sua produção documental, e a gestão ocorre através da aplicação dos instrumentos de gestão, como o Plano de Classificação, a Tabela de Temporalidade e Destinação de Documentos de Arquivo, os Manuais de gestão arquivística, os Glossários de espécies e tipos documentais, entre outros (PINHEIRO, 2016).

O plano de classificação revela a organicidade dos documentos com o seu produtor, permitindo a compreensão do conteúdo dos documentos dentro do processo integral de produção, uso e acesso da informação (REIS, 2015). Pode-se entender a classificação como uma função matricial do que-fazer arquivístico, ela é o ponto de partida para a realização das outras funções arquivísticas (SOUSA, 2014).

A Tabela de Temporalidade e Destinação de Documentos de Arquivo (TTDDA) determina os prazos de guarda dos documentos nas fases corrente e intermediária, até o recolhimento para guarda permanente ou eliminação. Sua referência são as diretrizes, a legislação e as funções da instituição, contribuindo na análise e identificação do conteúdo dos conjuntos documentais. Seu objetivo é ter o controle sistemático de quais documentos serão transferidos, recolhidos ou eliminados (REIS, 2015).

Segundo Bernardes e Delatorre (2008), o desenvolvimento da Tabela de Temporalidade e Destinação de Documentos de Arquivo consiste nas seguintes etapas:

- Coletar dados sobre cada documento, verificando sua validação de acordo com a legislação vigente.
- Entrevistar as pessoas que participam da produção dos documentos.
- Fazer levantamento do acervo.
- Formar um banco com os prazos de validade de cada documento analisado.
- Realizar reuniões para discutir a aprovação da TTDDA.
- Elaborar manual de procedimentos e de atualização da TTDDA.
- Aplicar a TTDDA separando documentos válidos dos vencidos.

O Plano de Classificação e a TTDDA, são instrumentos fundamentais para que a gestão de documentos ocorra em sua plenitude, de modo que os documentos avaliados sejam recolhidos ou eliminados a partir do momento em que cumpriram

com a sua finalidade (PINHEIRO, 2016). A gestão de documentos garante que a produção e o armazenamento dos documentos sejam feitos de forma correta em todas as fases.

No que se refere ao âmbito legal, a gestão de documentos é amparada pela Lei Federal de Arquivos, nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991 (ANEXO IV), que diz que é necessária a gestão de documentos e a proteção especial de documentos de arquivos que dão apoio para a administração, cultura e desenvolvimento científico, bem como pela Constituição Federal de 1988 e a Lei de Acesso à Informação nº 12.527/2011 (ANEXO V)

### 3 PRONTUÁRIOS DE PACIENTES

Os registros médicos são tão antigos quanto a própria medicina. Ainda no século V a.C., já se incentivava que fossem feitos registros por escrito, com a intenção de refletir sobre o curso da doença e indicar sua causa, propiciando assim a divulgação e o estudo de técnicas terapêuticas.

O termo prontuário vem do latim *prontuarium*, que significa "lugar onde se guardam coisas que devem estar à mão" (ARAÚJO, 2015), ou ainda "manual de informações úteis; ficha que contém os dados pertinentes de uma pessoa; o conteúdo da ficha" (FRANÇA; SOUZA; CHAVES, 2016).

O prontuário de paciente<sup>4</sup>, também chamado de prontuário médico - termo que vem sendo suprimido, pois deixa de ser um documento de uso exclusivo do médico, e passa a ser fonte de informação para uso de todo o corpo clínico, da instituição e do próprio paciente - é um documento de extrema relevância, que demonstra a evolução da pessoa assistida, direcionando ao melhor procedimento terapêutico. Reúne informações fornecidas pelo paciente, bem como resultados de exames, constituindo o prontuário (SILVA; TAVARES-NETO, 2007).

---

<sup>4</sup> 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 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, p. 1).

Segundo Lunardelli et al. (2016), o prontuário de paciente é um conjunto de documentos que possui todas as informações do paciente, e ficam sob a guarda de hospitais, postos de saúde, instituições de ensino, entre outros. Sua função é documentar as informações que são de extrema importância para:

- paciente: por possibilitar um atendimento, diagnóstico e tratamento mais eficiente;
- equipe de saúde: uma vez que ela pode obter as informações necessárias para atender de forma correta, pois os dados relevantes acerca da patologia daquele paciente estão reunidos em um dossiê;
- instituição que o gerou: atenderá as necessidades administrativas, legais e históricas.

O prontuário não contém somente o registro da anamnese, pois ele é um conjunto de documentos com pareceres de todos os profissionais, diagnóstico e assistência prestada ao paciente (ARAÚJO, 2015). Os profissionais colhem um conjunto de dados no processo de investigação, que serão organizados e interpretados, gerando informações que possibilitarão a escolha do tratamento mais adequado (LUNARDELLI et al., 2016). Através do preenchimento completo e correto do prontuário é que serão esclarecidas, questionadas ou comprovadas algumas situações ou procedimentos (MARQUES, 2008). O prontuário é prova documental em processos judiciais, tanto para o paciente quanto para o médico, e são utilizados como base documental para acesso a direitos fundamentais.

O prontuário de paciente é um documento arquivístico em gênese e função, pois ele é criado por que existe uma necessidade administrativa, refletindo a instituição que o produziu e/ou acumulou em sua relações internas e externas. Possibilita a comunicação entre a equipe multiprofissional, bem como a continuidade do atendimento ao paciente (FRANÇA; SOUZA; CHAVES, 2016). Após determinado período ou ao final do tratamento, o prontuário de paciente deverá permanecer sob guarda e proteção da instituição por pelo menos vinte anos, contados a partir da data do último registro feito no documento (ARAÚJO, 2015).

Para estudos científicos é um acervo rico, fonte histórica sobre doenças e doentes, que permitirá a realização de pesquisas na área da saúde e o

desenvolvimento de novas técnicas de tratamento. Contribui na identificação de doenças raras, investigação de doenças e controles epidemiológicos (ARAÚJO, 2015). As informações sobre a saúde de uma população são importantes para os diversos atendimentos e ações realizadas pelos profissionais especializados. O conhecimento adquirido nas literaturas e documentos, são essenciais para qualquer atividade no contexto da saúde. O conhecimento formal ou experimental nesta área, é obtido através do acesso aos prontuários de pacientes, que é a base para a própria elaboração da literatura médica (LUNARDELLI et al., 2016).

Quanto aos aspectos legais relativos aos prontuários de pacientes, segundo Pinto e Sales (2017), estes envolvem: autoria, acesso, confidencialidade, confiabilidade, segurança e preservação. A base legal são as Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), Código de Ética Médica, bem como Resoluções do Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ).

Devido as várias possibilidades de uso, é necessária a organização, guarda e conservação de prontuários de pacientes. Eles possuem informações que servem para a tomada de medidas e investimentos na saúde, contribuindo para o planejamento de ações públicas do governo, e também para o desenvolvimento de pesquisas científicas.

#### **4 PROJETO ZIKA**

O Projeto Zika é desenvolvido e coordenado no Departamento de Genética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em parceria com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Mato Grosso, Universidade do Estado do Mato Grosso, Universidade Federal de Pelotas, com a colaboração do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia e apoio do Ministério da Saúde (MS), através de financiamento pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS).

A ação do projeto está inserida na vigilância em saúde, que é entendida como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação e disseminação de



dados sobre eventos relacionados à saúde, que visa o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como promoção da saúde (BRASIL, 2017).

O objetivo do projeto é descrever a epidemia por Zika vírus em uma cidade brasileira, afetada durante o primeiro semestre de 2016, com ênfase sobre os efeitos em gestantes, fetos e recém-nascidos (RNs), bem como o acompanhamento do desenvolvimento infantil.

As metas do projeto são:

- criação de um banco de dados do primeiro estudo brasileiro de base populacionais para estimar a magnitude da epidemia no município afetado por Zika vírus e fatores epidemiológicos associados com risco/gravidade de infecção,
- base de dados com primeiro estudo brasileiro de base populacional com coleta ativa de dados sobre microcefalia e investigação de anomalias neurológicas sem microcefalia,
- banco de dados e relatório circunstanciado com os resultados do acompanhamento prospectivo de crianças com e sem microcefalia, com efeitos da infecção por zika vírus no desenvolvimento psico motor.

A equipe multiprofissional é formada por docentes, alunos de pós-graduação e graduação das mais diversas áreas (Medicina, Biomedicina, Biologia – Genética e Ecologia, Educação Física, Fisioterapia, Enfermagem) e profissionais da saúde.

A partir destas informações e do que foi descrito nos capítulos anteriores, a gestão de documentos têm três fases fundamentais que são: a produção, a utilização e a destinação de documentos. Para fazer a gestão de documentos é preciso compreender o produtor e os documentos que ele produz, e a aplicação da gestão ocorre através dos instrumentos de gestão.

A coleta de dados foi feita a partir de questionário e entrevista (não estruturada). O questionário (APÊNDICE II) foi aplicado à Enfermeira da Vigilância

Epidemiológica de Tangará da Serra/MT, que é membro da equipe do projeto e trabalha diretamente na produção dos prontuários, e a realização da entrevista informal (não estruturada) foi realizada com a coordenação do projeto.

#### **4.1 Legislação médica e arquivística referentes aos prontuários de pacientes**

O prontuário de paciente é um documento de extrema importância, e o seu preenchimento de forma correta e completa é um compromisso ético e legal assumido pelo médico e por toda a equipe de saúde que presta atendimento ao paciente. Todo o atendimento prestado deve ser registrado em um prontuário, e isto está relacionado com a confiabilidade, que é pautada na confiança que os pacientes depositam nos registros feitos pelo médico e demais profissionais da saúde.

O Código de Ética Médica, artigo nº 87 (ANEXO I), diz que é vedado ao médico não elaborar prontuário legível para cada paciente, sendo obrigatório o seu preenchimento em cada avaliação, em ordem cronológica (data/hora), assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

A Resolução nº 1.638, de 09 de agosto de 2002, do CFM (ANEXO III), trata do conteúdo - determina os itens obrigatórios que devem constar no prontuário; da guarda - para o armazenamento e a eliminação de documentos do prontuário deve prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica, e assim, torna obrigatória a criação de Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições que prestam assistência médica.

A Resolução nº 22/2005 do CONARQ (ANEXO VI), devido a relevância das informações que constam nos prontuários de pacientes para estudos, pesquisas clínicas e científicas, bem como para a continuidade da assistência prestada nas instituições de saúde, também recomenda a criação e implantação de Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, que deve ser criada por ato normativo

interno da direção da instituição e publicado em Diário Oficial, boletim interno ou veículo de divulgação usualmente utilizado.

À Comissão de Revisão de Prontuários, cabe observar se os itens que devem constar obrigatoriamente no prontuário são contemplados nos documentos, bem como assegurar a responsabilidade no preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários. Esta comissão deve ser coordenada por um médico.

No que se refere ao acesso, o mesmo está previsto no Código de Ética Médica, artigo nº 88 , que diz que é vedado ao médico negar o acesso ao prontuário pelo paciente. Quanto a confidencialidade, o acesso ao prontuário é admitido, desde que respeitadas as regras constantes na Resolução nº 1.605, de 15 de setembro de 2000, do CFM (ANEXO II), que diz que o médico só pode revelar o conteúdo do prontuário mediante autorização do paciente ou autorização judicial.

Nos prontuários de pacientes estão inseridas informações pessoais e informações referentes aos cuidados médicos e serviços prestados ao paciente, que pertencem ao paciente, caracterizando-se como um documento sigiloso e pessoal. Ainda que a Lei de Acesso à Informação, nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 (ANEXO V), tenha sido criada com a finalidade de garantir o acesso, no seu Capítulo IV, ela restringe o acesso às informações sigilosas. Assim, além do paciente ou seu representante legal, somente médicos, profissionais e estudantes da área da saúde podem ter acesso a esses documentos, com a obrigação do sigilo, sendo responsabilizado pelo seu uso indevido. O conteúdo do prontuário também é amparado pelo sigilo profissional conforme o Código de Ética Médica, Capítulo IX, artigos nº 73 ao 79.

A legislação é a referência para a gestão de documentos. As normas, portarias, leis, entre outros, não resolvem sozinhas problemas referentes à gestão de documentos, mas são importantes balizadores nas práticas arquivísticas.

## 4.2 Levantamento e Análise dos Documentos

### PRODUÇÃO DOS PRONTUÁRIOS DE PACIENTES

A produção de prontuários de pacientes do Projeto Zika ocorre na Vigilância Epidemiológica de Tangará da Serra/MT, onde são realizados os atendimentos dos pacientes. Após o atendimento, os prontuários são acondicionados em envelopes, identificados com código numérico individual, o nome da mãe e o nome da criança. Até setembro de 2018 foram produzidos 185 (cento e oitenta e cinco) prontuários, e 19 (dezenove) já se encontram sob a guarda do DEGEN/UFRGS, que foram utilizados nesta pesquisa.

Imagem 1 - Sala da Vigilância Epidemiológica de Tangará da Serra/MT



Fonte: Dados da pesquisa

No levantamento e análise dos documentos foram identificadas as tipologias documentais e o conteúdo de cada documento que compõe os prontuários de pacientes, são eles:

- **Ficha caracterização do fenótipo da embriopatia por Zika vírus/Zika congênita** - roteiro de exame clínico-dismorfológico e neurológico, protocolo

de exames. Essa ficha contém os dados de identificação do paciente, código individual atribuído ao paciente, história familiar, história perinatal, antropometria ao nascer e critérios de exames clínicos (dismorfológicos, neurológicos, neurossensoriais, neuroimagem, entre outros). Todo o prontuário de paciente tem uma ficha que compila os dados referentes ao paciente. Todas e qualquer informação coletada através da entrevista com o paciente, como pareceres de exames e testagens, serão anotados nessa ficha (ANEXO VII).

- **Declaração de Nascido-Vivo:** é um documento emitido após o parto, que é válido para todo o Brasil, e garante o direito de acesso aos serviços públicos que cada brasileiro tem ao nascer. Todos os nascimentos devem ser registrados através deste documento, pois é com base nele que o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) consegue apontar para o Ministério da Saúde quais são as prioridades de intervenção relacionadas ao bem-estar da mãe e do recém-nascido (RN). Ainda fornece indicadores de saúde sobre pré-natal, assistência ao parto, vitalidade ao nascer, mortalidade infantil e materna, fortalecendo a coleta de informações dos RNs (ANEXO VIII).
- **Exames:** sorologia para Lues, ultrassom obstétrico, ultrassom transcraniano-pediátrico e rastreamento obstétrico.
- **Formulários:** exames complementares do recém-nascido e testagens (ANEXO IX).
- **Ficha de Notificação SINAN:** o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. Sua utilização permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória. Além disso, indica riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. O seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de

saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade. É um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções (ANEXO X).

- **Formulário RESP:** o Registro de Eventos em Saúde Pública é um formulário desenvolvido com a finalidade de registrar as emergências de saúde pública, tendo em vista que as ações de vigilância relacionadas a esses eventos precisam ser realizadas com urgência, permitindo assim a consolidação e caracterização da emergência (ANEXO XI).
- **Requisição LACEN:** o LACEN é um Laboratório Central de Saúde Pública que cumpre a missão de ser referência estadual, cabendo ainda o planejamento, coordenação, acompanhamento e avaliação das atividades da rede dos laboratórios públicos, atendendo com prioridade as áreas de vigilância em saúde, epidemiológica, entre outras. Nessa atribuição, realiza análises para diagnóstico dos agravos de notificação compulsória como Dengue, Hepatites, Febre amarela, Leptospirose, entre outros, encaminhando para as Vigilâncias os relatórios com o perfil epidemiológico nas análises demandadas. Assim, o LACEN emite os pareceres técnicos para credenciamento de laboratórios, com monitoramento interno e externo, descentralização e supervisão de atividades laboratoriais em Vigilância em Saúde (ANEXO XII).
- **Questionário de investigação para microcefalia:** É um protocolo do Ministério da Saúde, que tem o objetivo de prover informações gerais, orientações técnicas e diretrizes relacionadas às ações de vigilância de microcefalias e/ou alterações do sistema nervoso central, sugestivas de infecção congênita, aos profissionais de saúde e áreas técnicas de vigilância em saúde. É utilizado em todo o território nacional (ANEXO XIII).
- **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):** é um documento importante para a análise ética de um projeto de pesquisa. O TCLE é o documento que garante ao participante da pesquisa o respeito aos seus direitos. De acordo com a legislação vigente, toda pesquisa envolvendo seres humanos, direta e indiretamente, devem ser encaminhados para análise de um Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO XIV).

Após o levantamento e análise dos documentos, foram pesquisadas normas para a elaboração de prontuário de paciente. Os documentos de arquivo devem seguir uma padronização de formatação e, para os prontuários de pacientes, a padronização recomendada se refere às informações obrigatórias que estes documentos devem conter. O Conselho Federal de Medicina (CFM) diz que devem ser observados os seguintes itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário de paciente:

- Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP).
- Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado.
- Evolução do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico.
- Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. Também é obrigatória a assinatura do médico e o respectivo número do CRM.
- Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível colher a história clínica do paciente, deverá constar o relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

O Quadro 1, baseado nestas recomendações, traz uma análise dos prontuários de pacientes produzidos pelo Projeto Zika.

Quadro 1 – Análise dos itens obrigatórios nos prontuários de pacientes do Projeto Zika

		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>Não se aplica</b>
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>	Número do registro	9	10	
	Nome completo	19	0	
	Data de nascimento (dd/mm/aaaa)	19	0	
	Sexo	19	0	
	Nome da mãe	19	0	
	Naturalidade (município/estado)	19	0	
	Endereço completo nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP	10	9	
<b>ANAMNESE</b>	Exame físico (com resultados)	0	19	
	Exames complementares (com resultados)	0	19	
	Hipóteses diagnósticas	0	19	
	Diagnóstico definitivo	0	19	
	Tratamento efetuado	0	19	
<b>EVOLUÇÃO</b>	Data e hora	0	19	
	Descrição de todos os procedimentos a que o paciente foi submetido, com a identificação do profissional que o realizou	0	19	
<b>SUPORTE PAPEL</b>	Legibilidade da letra	19	0	
	Rasuras	1	18	
	Identificação de todos os profissionais que prestaram atendimento	0	19	
	Assinatura do médico com o número do CRM	0	19	
<b>CASOS EMERGENCIAIS</b>	Relato médico dos procedimentos realizados			19

Fonte: Adaptado de SILVA e TAVARES-NETO (2007)

As recomendações se referem a quatro itens, que são divididos em subitens. Foi possível verificar que:

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE - 85,7% dos prontuários analisados possuem a informação completa;
- ANAMNESE - nenhum dos prontuários possui esta informação, mas como são dados que ainda estão sendo analisados, existe a hipótese diagnóstica que é a microcefalia, mas não há o diagnóstico definitivo;



- EVOLUÇÃO - todos os prontuários têm a descrição dos procedimentos a que o paciente foi submetido, mas não consta a data/hora dos atendimentos, bem como a identificação do profissional que realizou o procedimento;
- SUPORTE PAPEL - como os prontuários do Projeto são em suporte papel, quanto a: legibilidade da letra = 100% , sem rasuras = 94,7%, Identificação dos profissionais = 0%, Assinatura do médico com carimbo = 0%

O preenchimento dos documentos de forma correta, completa e com a letra legível, é uma exigência para toda a área da saúde. Isso garante que qualquer pessoa que tiver acesso aos documentos compreenderá o que está registrado. As falhas no preenchimento, por qualquer que seja o motivo, é considerada uma falha legal. A falta de informações nos prontuários pode prejudicar o planejamento de ações públicas.

A ilegibilidade pode causar prejuízos na troca de informações entre a equipe. Quanto as rasuras ou qualquer outro tipo de alteração no prontuário, colocará em dúvida a autenticidade do documento, que é uma das características do documento arquivístico. Além da função administrativa, o mesmo possui valor probatório.

### **4.3 Identificação do fluxo da informação e identificação dos usuários da informação**

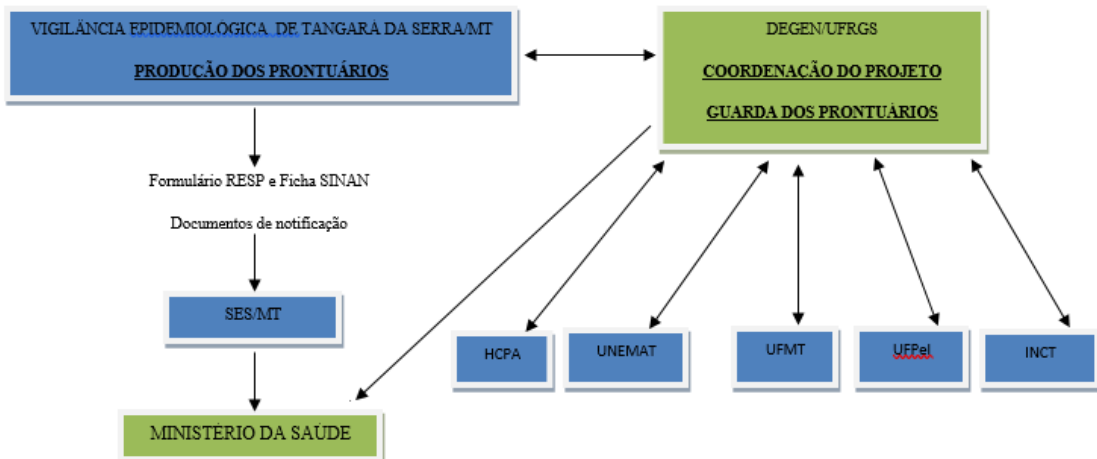
#### UTILIZAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS DE PACIENTES

A fase de utilização dos documentos refere-se ao fluxo dos documentos que são necessários para o desenvolvimento das atividades. Na área da saúde, a equipe multiprofissional trabalha coletivamente para atender e acompanhar o tratamento dos pacientes, utilizando o prontuário como meio de comunicação e difusão das informações.

Os prontuários de pacientes do Projeto Zika são documentos que se encontram na fase corrente, portanto, são documentos com valor administrativo, que servem para a tomada de decisão. Dos documentos que compõem os prontuários de pacientes, a ficha SINAN e o formulário RESP - documentos de notificação - são encaminhados pela Vigilância Epidemiológica de Tangará da Serra/MT para a Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso (SES/MT), que encaminha para o Ministério da Saúde (MS). Estas informações servirão para elaboração de políticas públicas, normas e destinação orçamentária para a saúde da sociedade.

Após a fase de produção, os prontuários de pacientes são trazidos para o DEGEN/UFRGS, pela médica coordenadora do projeto. Como o Projeto Zika é formado por equipe multiprofissional de diferentes instituições (UFRGS, HCPA, UFMT, UNEMAT e UFPel), algumas delas geograficamente distantes, para garantir o acesso aos documentos a digitalização dos prontuários é uma opção que permite o acesso, troca e compartilhamento de informações entre os usuários, por meio de redes informatizadas. Na imagem 2 é representado o fluxo da informação.

Imagem 2: Fluxo da informação dos prontuários de pacientes



Fonte: Dados da pesquisa

Como os prontuários de pacientes são documentos de acesso restrito, as informações constantes neles só podem ser fornecidas mediante o consentimento do paciente ou de seu representante legal. Assim, o acesso só é permitido aos membros da equipe do projeto.

Quanto ao acesso de pacientes, até o presente momento nenhum paciente solicitou acesso aos documentos, mas é importante reforçar que o Código de Ética Médica, no artigo nº 88, diz que é vedado ao médico negar ao paciente acesso ao seu prontuário ou deixar de fornecer cópia quando solicitado, exceto quando trazer algum tipo de risco ao paciente ou a outros.

Imagem 3 - Prontuários de pacientes no DEGEN/UFRGS



Fonte: Dados da pesquisa

Imagem 4 - Prontuários de pacientes na Vigilância Epidemiológica de Tangará da Serra/MT



Fonte: Dados da pesquisa

#### **4.4 Orientações referentes à classificação, avaliação e conservação de documentos**

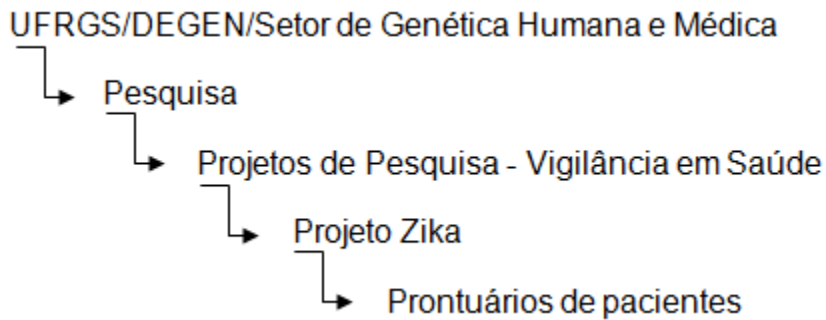
##### **DESTINAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS DE PACIENTES**

A destinação dos documentos é uma fase crítica, que envolve as atividades de análise, seleção, definição de prazos de guarda dos documentos e sua destinação final, ou seja, implica em decidir quais os documentos deverão ser preservados permanentemente, como memória do passado de uma nação, e quais serão eliminados. Além disso, define prazos prescricionais para os documentos que são destinados à eliminação, que deverão ficar retidos por razões administrativas ou legais.

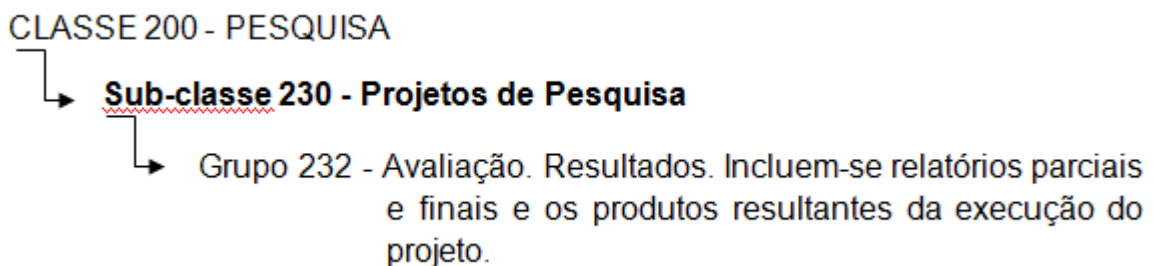
##### **Classificação**

A classificação é o reflexo das funções e atividades desenvolvidas, garantindo a organicidade dos documentos. O Plano de Classificação é um instrumento de gestão, e a ausência da sua aplicação, impede que seja realizada uma boa gestão de documentos, pois possibilita o acúmulo de documentos e formulários que poderiam ter outra destinação.

Considerando que o Projeto Zika é um projeto de pesquisa desenvolvido e coordenado na UFRGS/DEGEN/Setor de Genética Humana e Médica, ou seja, no âmbito de uma Instituição Federal de Ensino Superior (IFES), sendo a pesquisa uma atividade-fim da Instituição, a aplicação do Código de Classificação de Documentos de Arquivo relativos às Atividades–fim das IFES é recomendado, ainda que este instrumento não atenda algumas especificidades do projeto de pesquisa.



No instrumento utilizado pelas IFES, o projeto de pesquisa deve ser classificado na classe 200, sub-classe 230 e o prontuário de paciente no grupo 232, pois pode ser considerado um produto resultante da execução do projeto, conforme representado abaixo.



### **Avaliação**

A avaliação é um processo de análise e seleção de documentos, que visa estabelecer os prazos de guarda e destinação dos documentos. A partir do levantamento e análise dos documentos que compõem os prontuários de pacientes do Projeto Zika, utilizando a legislação como referência, bem como instrumentos de gestão de documentos aplicados em instituições da área da saúde, como as Secretarias Estaduais de Saúde, Hospitais Universitários e Ministério da Saúde, entre outros, foi feito um levantamento dos prazos de guarda destes documentos (APÊNDICE III).

O CFM estipula o prazo de 20 (vinte) anos, contados a partir da data do último registro realizado no prontuário, para a guarda dos prontuários de pacientes, mas diz que devem prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica. Como os prontuários de pacientes do Projeto Zika são resultantes do desenvolvimento de pesquisa científica

realizada na UFRGS, com financiamento do Ministério da Saúde, foi possível verificar que tanto na Tabela de Temporalidade da atividade-fim utilizada pela UFRGS, quanto na Tabela de Temporalidade do Ministério da Saúde, documentos resultantes de pesquisa científica são considerados documentos de valor secundário, ou seja, sua destinação é a guarda permanente.

Assim, foi possível constatar que os todos os documentos que compõem os prontuários do projeto Zika, com exceção da Declaração de nascido vivo – que é um documento provisório que não substitui a certidão de nascimento, da ficha SINAN e do formulários RESP – ambos documentos de notificação, que ficam sob a guarda do Ministério da Saúde, são de guarda permanente. Na fase corrente, deverão permanecer enquanto vigora o projeto, cuja vigência é até dezembro de 2021, na fase intermediária deverão permanecer por vinte anos e a destinação final será a guarda permanente, sendo necessário cuidados para a conservação e preservação destes documentos.

### **Conservação**

Como os prontuários de pacientes do Projeto Zika são documentos de guarda permanente, são necessárias medidas para a sua conservação, que envolve também a conscientização dos usuários na importância dos cuidados com o manuseio dos documentos.

Ainda que os prontuários sejam digitalizados, os membros da equipe do projeto podem ter acesso aos documentos originais, assim, a utilização de um Índice é uma alternativa.

O índice é um instrumento de referência, cujo objetivo é a localização específica de unidades documentais, que procura decompor os documentos em descritores (LOPEZ, 2002). Isso evita o manuseio excessivo dos documentos, podendo ser utilizado um índice em cada prontuário de paciente.

Os documentos no prontuário de paciente são ordenados da seguinte maneira:

- 1- Ficha caracterização do fenótipo da embriopatia por Zika vírus/Zika congênita.
- 2 - Declaração de Nascido-Vivo.
- 3 - Exames
- 4- Formulário de exames complementares e testagens.
- 5- Ficha de Notificação SINAN.
- 6- Formulário RESP.
- 7- Requisição LACEN.
- 8- Questionário de investigação para microcefalia.
- 9- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para manter a ordem já estabelecida, a proposta é a utilização de Índice alfabético-remissivo, utilizando o código atribuído ao paciente e número da ordem do documento dentro do prontuário, conforme representado a seguir:

TIPOLOGIA DOCUMENTAL	CÓDIGO DO PACIENTE + NÚMERO DA ORDEM
<b>D</b>	
<b>DECLARAÇÃO</b>	
de nascido vivo	19.02
<b>E</b>	
<b>EXAME</b>	
sorologia para Lues	19.03.1
ultrassom obstétrico	19.03.2
ultrassom transcraniano-pediátrico	19.03.3
rastreamento obstétrico.	19.03.4
<b>F</b>	
<b>FICHA</b>	
de caracterização do fenótipo de embriopatia	19.01
Notificação SINAN	19.05
<b>FORMULÁRIO</b>	
Notificação RESP	19.06
<b>Q</b>	
<b>QUESTIONÁRIO</b>	
Investigação para microcefalia	19.08
<b>R</b>	
<b>REQUISIÇÃO</b>	
LACEN	19.07
<b>T</b>	
<b>TERMO</b>	
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	19.09

## 5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Considerando os objetivos propostos para este estudo:

### **Estudar a legislação médica e arquivística**

A gestão de documentos deve estar alinhada à legislação em vigor, pois orientam as práticas arquivísticas. Foram estudadas as recomendações referentes à elaboração, preenchimento, acesso, direitos dos pacientes, sigilo da informação, guarda e destinação dos prontuários de pacientes e a criação e implementação da Comissão Permanente de Revisão de Prontuários.

### **Fazer o levantamento e análise dos documentos**

Foi possível compreender a produção dos prontuários de pacientes, identificando as tipologias documentais e a função de cada documento que compõe os prontuários de pacientes.

### **Identificar o fluxo da informação e identificar os usuários da informação**

Foi identificada a utilização dos prontuários.

Os usuários destas informações são o DEGEN/UFRGS, a Vigilância Epidemiológica de Tangará da Serra/MT, HCPA, UNEMAT, UFMT, UFPel, INCT e Ministério da Saúde. As informações que constam nos prontuários de pacientes serão a base para o Ministério da Saúde para a elaboração de políticas públicas, normas e destinação orçamentária para a saúde da sociedade.

### **Estudar as orientações referentes à classificação, avaliação e conservação de documentos**

#### Destinação dos prontuários de pacientes

Recomendações no que se refere à classificação dos prontuários de pacientes, levantamento dos prazos de guarda de cada documento que compõe os prontuários e proposta de índice como instrumento de referência para acesso aos documentos.

O acesso à informação é garantido pela gestão de documentos, e entendido como um dever e ação de cidadania, que só é possível por meio do uso dos



diversos recursos informacionais, sendo um deles o tratamento do documento de arquivo.

De um modo geral, os prontuários de pacientes do Projeto Zika tem padronização e estão dentro das normas estabelecidas pelo CFM. Alguns pontos a serem observados: preenchimento de forma completa, cuidados com rasuras, aposição da assinatura do médico e carimbo, identificação de todos os profissionais que atendem o paciente e fazem anotações no prontuário, bem como a criação e implementação da Comissão de Revisão de Prontuários.

A gestão de documentos é fundamental na organização, recuperação e disponibilização dos documentos. Ela visa atender as demandas do produtor do documento e também as demandas sociais. A ausência da gestão de documentos traz indefinição sobre a destinação dos documentos, podendo comprometer e prejudicar direitos.

Os prontuários de pacientes produzidos pelo Projeto Zika são de grande relevância para subsidiar a tomada de decisão. São documentos que se encontram na fase corrente e possuem valor administrativo e legal. Além disso, pode-se concluir que são documentos de valor secundário, sendo extremamente importante a implantação de práticas arquivísticas na organização dos mesmos.

Como os prontuários de pacientes são de guarda permanente, é preciso adotar medidas preventivas desde a produção dos documentos, evitando danos ao longo do uso e assegurando a integridade física dos suportes e das informações. Deve-se ter cuidado com o acondicionamento e armazenamento adequado, bem como com o uso de materiais que podem danificar os documentos (elásticos, grampos, cliques de metal, fitas adesivas, entre outros).

A aplicação dos instrumentos de gestão de documentos na fase corrente, permitem que os documentos sejam classificados ainda na fase de produção, com seus prazos de guarda e destinação definidos, evitando o acúmulo desordenado de documentos e garantindo uma melhor conservação dos mesmos.

É importante que a produção de conhecimento através da realização de pesquisas das instituições educacionais, se traduza em ações de saúde para a sociedade, e a organização e disponibilização das informações relevantes das

pesquisas desenvolvidas contribuem para que isso ocorra, instrumentando a tomada de decisão do governo.

A necessidade de informação é crescente, e o Arquivista é o profissional responsável por atuar na organização e controle de um arquivo, mas também tem como responsabilidade atuar na formação dos usuários, pois é responsabilidade de todos os profissionais que produzem, manuseiam e utilizam os documentos, os cuidados necessários com os documentos.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Lucy Neide Pereira de. **A gestão documental de Prontuários Médicos: uma análise dos riscos de responsabilização jurídica da instituição hospitalar**. 2015. 59p. Trabalho de Conclusão de Curso. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Minas Gerais. Curso de Tecnologia em Processos Gerenciais. Disponível em: <https://www2.ifmg.edu.br/sabara/biblioteca/trabalhos-de-conclusao-de-curso/tcc-documentos/TCCLucy.pdf> Acesso em 10 mai. 2018.

BERNARDES, Ieda Pimenta, DELATORRE, Hilda. **Gestão documental aplicada**. São Paulo: Arquivo Público do Estado de São Paulo. 2008. Disponível em: [http://www.arquivoestado.sp.gov.br/site/assets/publicacao/anexo/gestao\\_documental\\_aplicada.pdf](http://www.arquivoestado.sp.gov.br/site/assets/publicacao/anexo/gestao_documental_aplicada.pdf) Acesso em 13 mai. 2018.

BORTOLIN, Ana Lúcia. **Análise das ações empreendidas aos arquivos em um contexto hospitalar de Santa Maria-RS**. 2010. 76p. Monografia. Universidade Federal de Santa Maria. Curso de Pós-Graduação à Distância. Especialização *Lato sensu* Gestão em Arquivos. Disponível em:

[https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/1223/Bortolin\\_Ana\\_Lucia.pdf?sequence=1](https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/1223/Bortolin_Ana_Lucia.pdf?sequence=1)  
Acesso em 12 out. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.159, de 08 de janeiro de 1991**. Lei Federal de Arquivos. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8159.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8159.htm). Acesso em 11 set. 2018.

BRASIL. **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Lei de Acesso à Informação. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm)  
Acesso em 11 set. 2018.

BRASIL. **Lei nº 12.682, de 09 de julho de 2012**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12682.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12682.htm). Acesso em 11 Set. 2018.

BRASIL. Arquivo Nacional. Conselho Nacional de Arquivos.. **Resolução nº 22, de 30 de junho de 2005**. Disponível em: <http://conarq.arquivonacional.gov.br/resolucoes-do-conarq/264-resolucao-n-22,-de-30-de-junho-de-2005.html> Acesso em 12 set. 2018.

BRASIL. Arquivo Nacional. **Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística**. Rio de Janeiro: Publicações Técnicas, n. 51. 2005. Disponível em: [http://www.arquivonacional.gov.br/images/pdf/Dicion\\_Term\\_Arquiv.pdf](http://www.arquivonacional.gov.br/images/pdf/Dicion_Term_Arquiv.pdf) Acesso em 10 abr. 2018.

BRASIL. Arquivo Nacional. **Código de Classificação de Documentos de Arquivo relativos às atividades-fim das Instituições Federais de Ensino Superior - IFES**. 2013.

Disponível em: <http://siga.arquivonacional.gov.br/index.php/instrumentos-de-gestao-aprovados> Acesso em 11 Ago. 2018.

BRASIL. Congresso. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm) Acesso em 07 set. 2018.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.605, de 15 de setembro de 2000**. Disponível em: [http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1605\\_2000.htm](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1605_2000.htm) Acesso em 08 Set. 2018.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.638, de 09 de agosto de 2002**. Disponível em: [http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638\\_2002.htm](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm) Acesso em 07 set. 2018.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.997, de 16 de agosto de 2012**. Disponível em: [http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1997\\_2012.pdf](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1997_2012.pdf). Acesso em 07 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atuação da Vigilância em Saúde**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/atuacao> Acesso em 03 Ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Código de Classificação e Tabela de Temporalidade e Destinação de Documentos de Arquivo relativos às Atividades-fim do Ministério da Saúde**. Disponível em:

[http://arquivonacional.gov.br/images/conteudo/servicos\\_ao\\_governo/Codigos\\_tabelas/CCD\\_TTD\\_MS\\_22.05.2018.pdf](http://arquivonacional.gov.br/images/conteudo/servicos_ao_governo/Codigos_tabelas/CCD_TTD_MS_22.05.2018.pdf) Acesso em 15 Out. 2018.

CABRAL, Marta Maciel Lyra, SCHINDLER, Haiana Charifker, ABATH, Frederico Guilherme Coutinho. Regulamentações, conflitos e ética da pesquisa médica em países em desenvolvimento. **Rev. Saúde Pública** 40 (3): 521-527. 2006. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2006.v40n3/521-527/pt> Acesso em 01 out 2018.

CRUZ, Jorge Alberto Soares. **Prontuário Eletrônico de Pacientes (PEP): Políticas e requisitos necessários à implantação no HUSM**. 2011. 131p. Dissertação. Universidade Federal de Santa Maria. Programa de Pós-Graduação em Patrimônio Cultural. Disponível em: [http://coral.ufsm.br/ppgppc/images/Jorge%20Alberto%20Soares%20Cruz\\_Dissertao%20de%20Mestrado.pdf](http://coral.ufsm.br/ppgppc/images/Jorge%20Alberto%20Soares%20Cruz_Dissertao%20de%20Mestrado.pdf) Acesso em Nov. 2015.

CRUZ, Jorge Alberto. Informações em saúde: um estudo da legislação brasileira. **Ponto de Acesso** 9 (1): 111-121. 2015. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaici/article/viewFile/11353/9632> Acesso 30 out. 2018.

CRUZ, Emília Barroso. **Manual de gestão de documentos**. Ed. rev. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Cultura de Minas Gerais, Arquivo Público Mineiro. 2013. Disponível em: [http://www.siaapm.cultura.mg.gov.br/acervo/acervo\\_gestao/Manual\\_Gestao.pdf](http://www.siaapm.cultura.mg.gov.br/acervo/acervo_gestao/Manual_Gestao.pdf) Acesso em 15 out. 2018.

FRANÇA, Henrique Elias Cabral, SOUZA, Joseane Farias de, CHAVES, Everaldo Bezerra. Tratamento Arquivístico do Prontuário Do Paciente: um contraponto terminológico a Galvão, Ferreira e Ricarte. **Revista Analisando em Ciência da Informação - RACIn**, v. 4, n. especial, p. 218-231, 2016. Disponível em:

[http://racin.arquivologiauepb.com.br/edicoes/v4\\_nesp/racin\\_v4\\_nesp\\_artigo\\_0218-0231.pdf](http://racin.arquivologiauepb.com.br/edicoes/v4_nesp/racin_v4_nesp_artigo_0218-0231.pdf) Acesso em 13 ago. 2018.

INDOLFO, Ana Celeste. Gestão de documentos: uma renovação epistemológica no universo da Arquivologia. **Arquivística.net** v.3, n.2, p. 28-60, 2007. Disponível em: [http://www.brapci.inf.br/\\_repositorio/2011/06/pdf\\_59336b505e\\_0003553.pdf](http://www.brapci.inf.br/_repositorio/2011/06/pdf_59336b505e_0003553.pdf) Acesso em 23 set. 2018.

LOPEZ, André Porto Ancona. Como descrever documentos de arquivo: elaboração de instrumentos de pesquisa. **Como Fazer**. Vol. 6 São Paulo : Arquivo do Estado. 2002. [http://www.arqsp.org.br/arquivos/oficinas\\_colecao\\_como\\_fazer/cf6.pdf](http://www.arqsp.org.br/arquivos/oficinas_colecao_como_fazer/cf6.pdf) Acesso em 15 out 2018.

LUNARDELLI, Rosane Alvares, OLIVEIRA, Izângela Maria S. T. de, BRENTAN JUNIOR, Elisio Custodio FERREIRA, Bruno Ortega. Lugares de memória eo prontuário do paciente. SEMINÁRIO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, VI, 2016. Londrina/PR. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/cinf/index.php/secin2016/secin2016/paper/viewFile/242/221> Acesso em 15 ago. 2018.

MARQUES, Willian Agostinho. **Arquivo permanente da Casa de Saúde de São Sebastião: Prontuário Médico do Paciente**. 2008. 73p. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Biblioteconomia. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/119534/268887.pdf?sequence=1> Acesso em 16 ago. 2018.

PARANÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. **Manual de Gestão de Documentos, Código de Classificação & Tabela de Temporalidade de Documentos - Atividades-fim**. 2007. Disponível em:

[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Manual\\_Gestao\\_Documentos.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Manual_Gestao_Documentos.pdf) Acesso em 19 Out. 2018.

PINHEIRO, Alejandro de Campos. A GESTÃO DE DOCUMENTOS ARQUIVÍSTICOS DO COLÉGIO PROMOVE DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE: estudo de caso. **Revista ACB Biblioteconomia em Santa Catarina** 21 (2): 323-337. 2016. Disponível em:

<https://revista.acbsc.org.br/racb/article/view/1066/pdf> Acesso em 15 Ago. 2018.

PINTO, Virginia Bentes, SALES, Odete Máyra Mesquita. Proposta de aplicabilidade da preservação digital ao prontuário eletrônico do paciente. **Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação** 15 (2): 489-507. 2017. Disponível em: <http://eprints.rclis.org/31865/1/8646311-26370-4-PB.pdf> Acesso em 27 Ago. 2018.

REIS, Erlon da Fonseca Teffé dos. **Gestão de documentos: a importância dos seus aspectos legais no Brasil**. 2015. 94p. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal Fluminense/IACS/GCI/Curso de Arquivologia. Disponível em:

<https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/2722/1/REIS%2C%20Erlon.pdf> Acesso em 31 Mai. 2018.

RIBEIRO, Vânia Medeiros, OHIRA, Maria Lourdes Blatt, DAVOK, Delsi Fries. Integração dos instrumentos de gestão documental ao Sistema de Correspondência e Processos Administrativos (CPA) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). CONGRESSO NACIONAL DE ARQUIVOLOGIA, III, Rio de Janeiro. 2005. Disponível em: [http://ceres.udesc.br/arquivos/id\\_submenu/619/artigo\\_vania\\_ribeiro.pdf](http://ceres.udesc.br/arquivos/id_submenu/619/artigo_vania_ribeiro.pdf) outubro de 2018

RONCAGLIO, Cynthia. **Manual de Gestão de Documentos de Arquivo da Universidade de Brasília**. Brasília: Cebraspe. 2015. Disponível em:

[http://www.arquivocentral.unb.br/images/documentos/Manuais/Manual\\_gestao\\_documentos.pdf](http://www.arquivocentral.unb.br/images/documentos/Manuais/Manual_gestao_documentos.pdf) Acesso 21 Jun. 2018.

SILVA, Carlos Guardado da. A classificação da informação arquivística da administração local nos países ibéricos: uma análise comparada. JORNADAS IBÉRICAS DE ARQUIVOS MUNICIPAIS. Lisboa/Portugal. 2013. Disponível em:

[http://arquivomunicipal.cm-lisboa.pt/fotos/editor2/guardado\\_silva.pdf](http://arquivomunicipal.cm-lisboa.pt/fotos/editor2/guardado_silva.pdf) Acesso em 12 Out. 2018.

SILVA, Fábila Gama, TAVARES-NETO, José. Avaliação dos Prontuários Médicos de Hospitais de Ensino do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica** 31 (2): 113-126. 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/3550/1/01.pdf> Acesso em 01 Ago. 2018.

SOUNIS, Emilio. **Organização de um serviço de arquivo médico e estatística – SAME**. 2. ed. São Paulo: Icone. 1993.

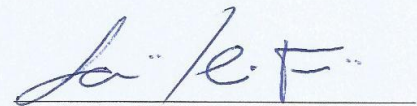
SOUSA, Renato Tarciso Barbosa. Alguns apontamentos sobre a classificação de documentos de arquivo. *Brazilian Journal of Information Science: research trends* 8 (1/2): 1-24. 2014. Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/bjis/article/view/4246> Acesso em 15 Out. 2018

**APÊNDICE I****SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DAS INFORMAÇÕES****AUTORIZAÇÃO PARA USO DAS INFORMAÇÕES**

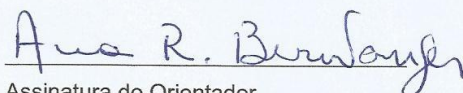
Solicitamos autorização para realização de pesquisa com os prontuários de pacientes produzidos pelo Projeto de Pesquisa "A história natural da epidemia por vírus Zika em uma comunidade brasileira: incidência na população geral, nas gestantes, anomalias congênitas em recém-nascidos e consequências para o desenvolvimento infantil", sob coordenação da Profa. Dra. Lavinia Schüler-Faccini, do Departamento de Genética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, desenvolvido em parceria com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Mato Grosso, Universidade do Estado do Mato Grosso, Universidade Federal de Pelotas e Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia, para o Trabalho de Conclusão do curso de Arquivologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, intitulado "GESTÃO DE DOCUMENTOS EM PRONTUÁRIOS DE PACIENTES: Um estudo de caso no Departamento de Genética da UFRGS", de autoria da acadêmica Lúcia Andréia Nunes de Oliveira Nunes, sob orientação da Profa. Ana Regina Berwanger, da Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação da UFRGS. O trabalho tem como objetivo o estudo da aplicação da gestão de documentos em prontuários de pacientes. Os procedimentos adotados serão: utilização da bibliografia de referência, pesquisa documental nos prontuários e entrevista com profissional da área da saúde. A qualquer momento poderá ser solicitado esclarecimentos sobre o trabalho que está sendo realizado, bem como sobre os dados obtidos nesta pesquisa.

Declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima e concordo em autorizar a execução da mesma nesta Instituição. Sei que a qualquer momento posso revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta instituição.

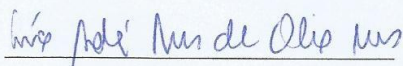
Porto Alegre, 05/09/2018.



Assinatura do Coordenador do Projeto



Assinatura do Orientador



Assinatura do Aluno



## APÊNDICE II

### Questionário

#### 1) Produção

- Origem do prontuário: Onde é produzido?
- O preenchimento do prontuário (Identificar todos os profissionais que participam do preenchimento do prontuário)
- Até o momento quantos prontuários foram produzidos?
- Identificação do paciente é feita como?
- Documentos que compõem os prontuários

#### 2) Uso/Tramitação

- Identificação do fluxo da informação. Algum documento/formulário deve ser enviado para algum órgão de saúde?

#### 3) Guarda

- Como são acondicionados e onde ficam armazenados?

#### 4) Acesso

- Como se dá o acesso?
- Existem restrições para o acesso?
- Algum paciente já solicitou acesso?

#### 5) Avaliação

- Ocorre algum tipo de avaliação dos prontuários? (ex.: padronização no preenchimento, anotações extras que não são contempladas nos formulários)

#### 6) Gestão

- Utilizam algum sistema/programa para gerenciamento dos documentos?

## APÊNDICE III

### Tabela com prazos de guarda

#### dos documentos que compõem os Prontuários de Pacientes do Projeto Zika

TIPOLOGIA DOCUMENTAL	TEMPO DE GUARDA		DESTINAÇÃO		OBSERVAÇÕES
	FC	FI	Eliminação	Guarda permanente	
Declaração de nascido vivo	01 ano		X		Lei nº 12.662/2012 - documento é provisório, não substitui o registro civil de nascimento.
	02 anos	05 anos	X		Manual de SES/PR (2007).
	01 ano	20 anos		X	Resolução CFM nº 1.638/2002 - deve prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica.
Exames	Vigência projeto				Resolução CFM nº 1.821/2007 - 20 anos contados a partir da data do último registro feito no prontuário. Em caso de digitalização, guarda permanente em meio digital.
					TTDDA das atividades-fim do Ministério da Saúde - documentos referentes ao desenvolvimento de pesquisas em saúde, guarda permanente.
Exames complementares do recém-nascido e testagens (Formulários)	01 ano	20 anos		X	Manual de SES/PR (2007).
					TTDDA do Hospital de Clínicas da UNICAMP. Vide anterior
Ficha com dados de identificação do paciente, código individual, história familiar, história perinatal, antropometria e critérios de exames clínicos	Vigência Projeto	20 anos		X	Resolução CFM nº 1.638/2002 - deve prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica.
	Vigência projeto				Resolução CFM nº 1.821/2007 - 20 anos contados a partir da data do último registro feito no prontuário. Em caso de digitalização, guarda permanente em meio digital.
Ficha de notificação SINAN					TTDDA das atividades-fim do Ministério da Saúde - documentos referentes ao desenvolvimento de pesquisas em saúde, guarda permanente.
	04 anos	08 anos	X		TTDDA das atividades-fim das IFES - documentos referentes ao desenvolvimento de pesquisas em saúde, guarda permanente.
	01 ano	06 anos			Documento de notificação arviado pelas SES ao Ministério da Saúde – Vigilância em Saúde Controle e Monitoramento Manual SES/PR (2007)

Formulário RESP	04 anos	08 anos	X	Vide anterior.
Requisição LACEN/MT	01 ano Vigência projeto	06 anos 20 anos	X	Parecer nº 24/2008 CREMEB, baseado na Resolução 1.638/200,2 entende que as requisições de exames são parte integrante do prontuário.
Questionário para investigação de microcefalia	Vigência projeto	20 anos	X	Resolução CFM nº 1.638/2002 - deve prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica.  Resolução CFM nº 1.821/2007 - 20 anos contados a partir da data do último registro feito no prontuário. Em caso de digitalização, guarda permanente em meio digital.  TTDDA das atividades-fim do Ministério da Saúde - documentos referentes ao desenvolvimento de pesquisas em saúde, guarda permanente.
Termo de consentimento livre e esclarecido	Vigência projeto	05 anos	X	TTDDA das atividades-fim das IFES - documentos referentes ao desenvolvimento de pesquisas em saúde, guarda permanente. TTDDA das atividades-fim das IFES - Ética em pesquisa - pesquisa com seres humanos

Fonte: Dados da pesquisa

FC = Fase corrente

FI = Fase intermediária

TTDDA = Tabela de Temporalidade de Destinação de Documentos de Arquivo

IFES = Instituições Federais de Ensino Superior

MS = Ministério da Saúde

SES/PR = Secretária Estadual de Saúde do Paraná

## ANEXO I

### Código de Ética Médica, Cap. IX, artigos 73-77, 87-88

#### Capítulo IX

##### SIGILO PROFISSIONAL

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. (nova redação – [Resolução CFM nº 1997/2012](#)) [...]

#### Capítulo X

##### DOCUMENTOS MÉDICOS

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.

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

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

[...]



## ANEXO II

### Resolução nº 1.605, de 15 de setembro de 2000, Conselho Federal de Medicina

---

#### RESOLUÇÃO CFM nº 1.605/2000

(Publicada no D.O.U. 29 SET 2000, Seção I, pg. 30)

(Retificação publicada no D.O.U. 31 JAN 2002, Seção I, pg. 103)

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

**CONSIDERANDO** o disposto no art. 154 do Código Penal Brasileiro e no art. 66 da Lei das Contravenções Penais;

**CONSIDERANDO** a força de lei que possuem os artigos 11 e 102 do Código de Ética Médica, que vedam ao médico a revelação de fato de que venha a ter conhecimento em virtude da profissão, salvo justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente;

**CONSIDERANDO** que o sigilo médico é instituído em favor do paciente, o que encontra suporte na garantia inculpada no art. 5º, inciso X, da Constituição Federal;

**CONSIDERANDO** que o “dever legal” se restringe à ocorrência de doenças de comunicação obrigatória, de acordo com o disposto no art. 269 do Código Penal, ou à ocorrência de crime de ação penal pública incondicionada, cuja comunicação não exponha o paciente a procedimento criminal conforme os incisos I e II do art. 66 da Lei de Contravenções Penais;

**CONSIDERANDO** que a lei penal só obriga a “comunicação”, o que não implica a remessa da ficha ou

**CONSIDERANDO** que a ficha ou prontuário médico não inclui apenas o atendimento específico, mas toda a situação médica do paciente, cuja revelação poderia fazer com que o mesmo sonegasse informações, prejudicando seu tratamento;

**CONSIDERANDO** a freqüente ocorrência de requisições de autoridades judiciais, policiais e do Ministério Público relativamente a prontuários médicos e fichas médicas;

**CONSIDERANDO** que é ilegal a requisição judicial de documentos médicos quando há outros meios de obtenção da informação necessária como prova;

**CONSIDERANDO** o parecer CFM nº 22/2000;

**CONSIDERANDO** o decidido em Sessão Plenária de 15.9.00,

**RESOLVE:**



**Art. 1º** - O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica.

**Art. 2º** - Nos casos do art. 269 do Código Penal, onde a comunicação de doença é compulsória, o dever do médico restringe-se exclusivamente a comunicar tal fato à autoridade competente, sendo proibida a remessa do prontuário médico do paciente.

**Art. 3º** - Na investigação da hipótese de cometimento de crime o médico está impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo criminal.

**Art. 4º** - Se na instrução de processo criminal for requisitada, por autoridade judiciária competente, a apresentação do conteúdo do prontuário ou da ficha médica, o médico disponibilizará os documentos ao perito nomeado pelo juiz, para que neles seja realizada perícia restrita aos fatos em questionamento.

**Art. 5º** - Se houver autorização expressa do paciente, tanto na solicitação como em documento diverso, o médico poderá encaminhar a ficha ou prontuário médico diretamente à autoridade requisitante.

**Art. 6º** - O médico deverá fornecer cópia da ficha ou do prontuário médico desde que solicitado pelo paciente ou requisitado pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina.

**Art. 7º** - Para sua defesa judicial, o médico poderá apresentar a ficha ou prontuário médico à autoridade competente, solicitando que a matéria seja mantida em segredo de justiça.

**Art. 8º** - Nos casos não previstos nesta resolução e sempre que houver conflito no tocante à remessa ou não dos documentos à autoridade requisitante, o médico deverá consultar o Conselho de Medicina, onde mantém sua inscrição, quanto ao procedimento a ser adotado.

**Art. 9º** - Ficam revogadas as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM nº 999/80.

Brasília-DF, 15 de setembro de 2.000.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE  
SILVA

Presidente

RUBENS DOS SANTOS

Secretário-Geral

**ANEXO III****Resolução nº 1.638, de 09 de agosto de 2002, Conselho Federal de Medicina****RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002**

Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

**CONSIDERANDO** que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

**CONSIDERANDO** que o prontuário é 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;

**CONSIDERANDO** 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;

**CONSIDERANDO** que as instituições de saúde devem garantir supervisão permanente dos prontuários sob sua guarda, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas;

**CONSIDERANDO** que para o armazenamento e a eliminação de documentos do prontuário devem prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica;

**CONSIDERANDO** a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

**CONSIDERANDO** o teor do [Parâmetro CFM nº 30/2002](#), aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002.

**RESOLVE:**





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

**Art. 2º** - Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

- I. Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do 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.

**Art. 3º** - Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

**Art. 4º** - A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

**Art. 5º** - Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

- I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:
  - a. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);
  - b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
  - c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;
  - d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;
  - e. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.





**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- I. 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.

**Art. 6º** - A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

**Art. 7º** - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 10 de julho de 2002.

**EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE**  
Presidente

**RUBENS DOS SANTOS SILVA**  
Secretário-Geral

## ANEXO IV

### Lei Federal de Arquivos, nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991



**Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**

**LEI Nº 8.159, DE 8 DE JANEIRO DE 1991.**

Regulamento

Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências.

Vide Decreto nº 4.553, de 27.12.02

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**CAPÍTULO I**

**DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 1º - É dever do Poder Público a gestão documental e a proteção especial a documentos de arquivos, como instrumento de apoio à administração, à cultura, ao desenvolvimento científico e como elementos de prova e informação.

Art. 2º - Consideram-se arquivos, para os fins desta Lei, os conjuntos de documentos produzidos e recebidos por órgãos públicos, instituições de caráter público e entidades privadas, em decorrência do exercício de atividades específicas, bem como por pessoa física, qualquer que seja o suporte da informação ou a natureza dos documentos.

Art. 3º - Considera-se gestão de documentos o conjunto de procedimentos e operações técnicas referentes à sua produção, tramitação, uso, avaliação e arquivamento em fase corrente e intermediária, visando a sua eliminação ou recolhimento para guarda permanente.

Art. 4º - Todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular ou de interesse coletivo ou geral, contidas em documentos de arquivos, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujos sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado, bem como à inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da honra e da imagem das pessoas.

Art. 5º - A Administração Pública franqueará a consulta aos documentos públicos na forma desta Lei.

Art. 6º - Fica resguardado o direito de indenização pelo dano material ou moral decorrente da violação do sigilo, sem prejuízo das ações penal, civil e administrativa.

**CAPÍTULO II**

**DOS ARQUIVOS PÚBLICOS**

Art. 7º - Os arquivos públicos são os conjuntos de documentos produzidos e recebidos, no exercício de suas atividades, por órgãos públicos de âmbito federal, estadual, do Distrito Federal e municipal em decorrência de suas funções administrativas, legislativas e judiciárias. [Regulamento](#)

§ 1º - São também públicos os conjuntos de documentos produzidos e recebidos por instituições de caráter público, por entidades privadas encarregadas da gestão de serviços públicos no exercício de suas atividades.

§ 2º - A cessação de atividades de instituições públicas e de caráter público implica o recolhimento de sua documentação à instituição arquivística pública ou a sua transferência à instituição sucessora.

Art. 8º - Os documentos públicos são identificados como correntes, intermediários e permanentes.

§ 1º - Consideram-se documentos correntes aqueles em curso ou que, mesmo sem movimentação, constituam objeto de consultas freqüentes.

§ 2º - Consideram-se documentos intermediários aqueles que, não sendo de uso corrente nos órgãos produtores, por razões de interesse administrativo, aguardam a sua eliminação ou recolhimento para guarda permanente.



§ 3º - Consideram-se permanentes os conjuntos de documentos de valor histórico, probatório e informativo que devem ser definitivamente preservados.

Art. 9º - A eliminação de documentos produzidos por instituições públicas e de caráter público será realizada mediante autorização da instituição arquivística pública, na sua específica esfera de competência.

Art. 10º - Os documentos de valor permanente são inalienáveis e imprescritíveis.

### CAPÍTULO III

#### DOS ARQUIVOS PRIVADOS

Art. 11 - Consideram-se arquivos privados os conjuntos de documentos produzidos ou recebidos por pessoas físicas ou jurídicas, em decorrência de suas atividades. [Regulamento](#)

Art. 12 - Os arquivos privados podem ser identificados pelo Poder Público como de interesse público e social, desde que sejam considerados como conjuntos de fontes relevantes para a história e desenvolvimento científico nacional. [Regulamento](#)

Art. 13 - Os arquivos privados identificados como de interesse público e social não poderão ser alienados com dispersão ou perda da unidade documental, nem transferidos para o exterior. [Regulamento](#)

Parágrafo único - Na alienação desses arquivos o Poder Público exercerá preferência na aquisição.

Art. 14 - O acesso aos documentos de arquivos privados identificados como de interesse público e social poderá ser franqueado mediante autorização de seu proprietário ou possuidor. [Regulamento](#)

Art. 15 - Os arquivos privados identificados como de interesse público e social poderão ser depositados a título revogável, ou doados a instituições arquivísticas públicas. [Regulamento](#)

Art. 16 - Os registros civis de arquivos de entidades religiosas produzidos anteriormente à vigência do Código Civil ficam identificados como de interesse público e social. [Regulamento](#)

### CAPÍTULO IV

#### DA ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE INSTITUIÇÕES ARQUIVÍSTICAS PÚBLICAS

Art. 17 - A administração da documentação pública ou de caráter público compete às instituições arquivísticas federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais.

§ 1º - São Arquivos Federais o Arquivo Nacional os do Poder Executivo, e os arquivos do Poder Legislativo e do Poder Judiciário. São considerados, também, do Poder Executivo os arquivos do Ministério da Marinha, do Ministério das Relações Exteriores, do Ministério do Exército e do Ministério da Aeronáutica.

§ 2º - São Arquivos Estaduais os arquivos do Poder Executivo, o arquivo do Poder Legislativo e o arquivo do Poder Judiciário.

§ 3º - São Arquivos do Distrito Federal o arquivo do Poder Executivo, o Arquivo do Poder Legislativo e o arquivo do Poder Judiciário.

§ 4º - São Arquivos Municipais o arquivo do Poder Executivo e o arquivo do Poder Legislativo.

§ 5º - Os arquivos públicos dos Territórios são organizados de acordo com sua estrutura político-jurídica.

Art. 18 - Compete ao Arquivo Nacional a gestão e o recolhimento dos documentos produzidos e recebidos pelo Poder Executivo Federal, bem como preservar e facultar o acesso aos documentos sob sua guarda, e acompanhar e implementar a política nacional de arquivos.

Parágrafo único - Para o pleno exercício de suas funções, o Arquivo Nacional poderá criar unidades regionais.

Art. 19 - Competem aos arquivos do Poder Legislativo Federal a gestão e o recolhimento dos documentos produzidos e recebidos pelo Poder Legislativo Federal no exercício das suas funções, bem como preservar e facultar o acesso aos documentos sob sua guarda.



Art. 20 - Competem aos arquivos do Poder Judiciário Federal a gestão e o recolhimento dos documentos produzidos e recebidos pelo Poder Judiciário Federal no exercício de suas funções, tramitados em juízo e oriundos de cartórios e secretarias, bem como preservar e facultar o acesso aos documentos sob sua guarda.

Art. 21 - Legislação estadual, do Distrito Federal e municipal definirá os critérios de organização e vinculação dos arquivos estaduais e municipais, bem como a gestão e o acesso aos documentos, observado o disposto na Constituição Federal e nesta Lei.

## CAPÍTULO V

### DO ACESSO E DO SIGILO DOS DOCUMENTOS PÚBLICOS

~~Art. 22 - É assegurado o direito de acesso pleno aos documentos públicos. (Revogado pela Lei nº 12.527, de 2011)~~

~~Art. 23. Decreto fixará as categorias de sigilo que deverão ser obedecidas pelos órgãos públicos na classificação dos documentos por eles produzidos. Regulamento. (Revogado pela Lei nº 12.527, de 2011)~~

~~§ 1º - Os documentos cuja divulgação ponha em risco a segurança da sociedade e do Estado, bem como aqueles necessários ao resguardo da inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da honra e da imagem das pessoas são originariamente sigilosos. (Revogado pela Lei nº 12.527, de 2011)~~

~~§ 2º - O acesso aos documentos sigilosos referentes à segurança da sociedade e do Estado será restrito por um prazo máximo de 30 (trinta) anos, a contar da data de sua produção, podendo esse prazo ser prorrogado, por uma única vez, por igual período. (Revogado pela Lei nº 12.527, de 2011)~~

~~§ 3º - O acesso aos documentos sigilosos referente à honra e à imagem das pessoas será restrito por um prazo máximo de 100 (cem) anos, a contar da sua data de produção. (Revogado pela Lei nº 12.527, de 2011)~~

~~Art. 24 - Poderá o Poder Judiciário, em qualquer instância, determinar a exibição reservada de qualquer documento sigiloso, sempre que indispensável à defesa de direito próprio ou esclarecimento de situação pessoal da parte. (Revogado pela Lei nº 12.527, de 2011)~~

~~Parágrafo único - Nenhuma norma de organização administrativa será interpretada de modo a, por qualquer forma, restringir o disposto neste artigo. (Revogado pela Lei nº 12.527, de 2011)~~

### DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 25 - Ficarà sujeito à responsabilidade penal, civil e administrativa, na forma da legislação em vigor, aquele que desfingir ou destruir documentos de valor permanente ou considerado como de interesse público e social.

Art. 26 - Fica criado o Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ), órgão vinculado ao Arquivo Nacional, que definirá a política nacional de arquivos, como órgão central de um Sistema Nacional de Arquivos (SINAR).

§ 1º - O Conselho Nacional de Arquivos será presidido pelo Diretor-Geral do Arquivo Nacional e integrado por representantes de instituições arquivísticas e acadêmicas, públicas e privadas.

§ 2º - A estrutura e funcionamento do conselho criado neste artigo serão estabelecidos em regulamento.

Art. 27 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 28 - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 8 de janeiro de 1991; 170º da Independência e 103º da República.

FERNANDO COLLOR  
Jarbas Passarinho

**Este texto não substitui o publicado no DOU de 9.1.1991 e retificado em 28.1.1991**

## ANEXO V

### Lei de Acesso à Informação nº 12.527, de 18 de novembro de 2011

Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências.

**A PRESIDENTA DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei: [...]

#### CAPÍTULO IV

#### DAS RESTRIÇÕES DE ACESSO À INFORMAÇÃO

##### Seção V

##### Das Informações Pessoais

Art. 31. O tratamento das informações pessoais deve ser feito de forma transparente e com respeito à intimidade, vida privada, honra e imagem das pessoas, bem como às liberdades e garantias individuais.

§ 1º As informações pessoais, a que se refere este artigo, relativas à intimidade, vida privada, honra e imagem:

I - terão seu acesso restrito, independentemente de classificação de sigilo e pelo prazo máximo de 100 (cem) anos a contar da sua data de produção, a agentes públicos legalmente autorizados e à pessoa a que elas se referirem; e

II - poderão ter autorizada sua divulgação ou acesso por terceiros diante de previsão legal ou consentimento expresso da pessoa a que elas se referirem.

§ 2º Aquele que obtiver acesso às informações de que trata este artigo será responsabilizado por seu uso indevido.

§ 3º O consentimento referido no inciso II do § 1º não será exigido quando as informações forem necessárias:

I - à prevenção e diagnóstico médico, quando a pessoa estiver física ou legalmente incapaz, e para utilização única e exclusivamente para o tratamento médico;

II - à realização de estatísticas e pesquisas científicas de evidente interesse público ou geral, previstos em lei, sendo vedada a identificação da pessoa a que as informações se referirem;

III - ao cumprimento de ordem judicial;

IV - à defesa de direitos humanos; ou

V - à proteção do interesse público e geral preponderante.

§ 4º A restrição de acesso à informação relativa à vida privada, honra e imagem de pessoa não poderá ser invocada com o intuito de prejudicar processo de apuração de irregularidades em que o titular das informações estiver envolvido, bem como em ações voltadas para a recuperação de fatos históricos de maior relevância.

§ 5º Regulamento disporá sobre os procedimentos para tratamento de informação pessoal. [...]

## ANEXO VI

### Resolução nº 22, de 30 de junho de 2005 - CONARQ

#### CASA CIVIL

#### SECRETARIA-EXECUTIVA

#### ARQUIVO NACIONAL

#### CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS

##### Dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde

**O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS - CONARQ**, no uso de suas atribuições, previstas no inciso IX do art. 23 de seu Regimento Interno, aprovado pela Portaria nº 5, da Casa Civil da Presidência da República, de 7 de fevereiro de 2002, e em conformidade com a deliberação do Plenário, em sua 36ª reunião ordinária, realizada no dia 7 de dezembro de 2004,

Considerando a Lei de Arquivos, Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991, que dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados;

Considerando a Lei nº 10.402, de 10 de janeiro de 2002, que instituiu o Código Civil, e a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

Considerando o art. 18 do Decreto nº 4.073, de 3 de janeiro de 2002, que dispõe sobre a constituição de Comissões Permanentes de Avaliação de Documentos nos órgãos e entidades da Administração Pública Federal;

Considerando a Resolução nº 20 de 16 de julho de 2004, do CONARQ, que dispõe sobre a inserção de documentos digitais em programas de gestão arquivística de documentos dos órgãos e entidades integrantes do Sistema Nacional de Arquivos - SINAR;

Considerando a legislação pertinente à área médica, em especial a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, e o Decreto nº 44.045, de 19 de Julho de 1958, que, respectivamente, instituem e aprovam o regulamento do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Medicina, e a Resolução CFM nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988, que aprova o Código de Ética Médica;

Considerando a necessidade de orientar as ações operacionais de avaliação de documentos nas instituições de saúde que praticam assistência médica;

Considerando a relevância das informações que devem constar do prontuário do paciente para estudos, pesquisas clínicas e científicas e para a continuidade da assistência prestada nas instituições de saúde;

Considerando que é de responsabilidade da instituição de saúde a guarda, conservação, consulta, controle e disponibilização do prontuário do paciente para o atendimento médico-assistencial, em todos os níveis;

Considerando que o prontuário do paciente é documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens em qualquer suporte, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada a ele, de caráter sigiloso e científico que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo, resolve:

Art. 1º Recomendar às instituições de saúde a criação e implantação de Comissão Permanente de Avaliação de Documentos.

Parágrafo único. A Comissão referida no caput deve ser criada por ato normativo interno da direção da instituição e publicado em Diário Oficial, boletim interno, ou veículo de divulgação usualmente utilizado.

Art. 2º Consideram-se como requisitos necessários para o desenvolvimento do processo de avaliação:

I - conhecer os objetivos, a estrutura e o funcionamento da instituição detentora dos documentos;

II - conhecer a organização dos conjuntos documentais a serem avaliados, incluídos os métodos de classificação adotados, bem como sua importância para fins de prova, de informação, e de estudos e pesquisas nas áreas das ciências da saúde, humanas e sociais;

III - conhecer a terminologia e os procedimentos da área médica, bem como de suas especialidades;

IV - conhecer a legislação pertinente à concessão de direitos relativos aos indivíduos portadores de necessidades especiais e de doenças graves e terminais.

Art. 3º No que se refere ao estabelecimento de temporalidade e destinação final dos prontuários de pacientes, independente da forma ou do suporte, compete à Comissão Permanente de Avaliação de Documentos: a) analisar os conjuntos documentais, determinando os respectivos prazos de guarda e destinação; b) identificar os valores primário e secundário, segundo o seu potencial de uso; considerando por valor primário o uso administrativo para a instituição, razão primeira da criação do documento, e valor secundário o uso para outros fins que não aqueles para os quais os documentos foram criados, podendo ser probatório e informativo; c) estabelecer critérios para análise e avaliação dos documentos e sua destinação final, considerando os requisitos previstos no art. 2º desta resolução; d) elaborar Tabela de Temporalidade e Destinação de Documentos, Listagem de Eliminação de Documentos, Edital de Ciência de Eliminação e Termo de Eliminação de Documentos, quando for o caso, e relatório final da Comissão; e) revisar, periodicamente, a Tabela de Temporalidade e Destinação de Documentos, em função da produção ou supressão de novos documentos, e da evolução da legislação e dos procedimentos médicos.

Art. 4º A Comissão Permanente de Avaliação de Documentos deverá ser constituída por uma equipe multiprofissional da instituição detentora do acervo, com membros efetivos e eventuais, e deverão integrá-la: a) representantes do Corpo Clínico e da Equipe de Saúde; b) arquivista ou responsável pela guarda da documentação; c) servidores das unidades organizacionais às quais se referem os documentos a serem avaliados, com profundo conhecimento das atividades desempenhadas; d) representante da Comissão de Revisão de Prontuários; e) representante da área jurídica da instituição;

Parágrafo único. A Comissão poderá solicitar, sempre que necessário, a participação de profissionais ligados aos diversos campos do conhecimento que possam contribuir com os trabalhos de avaliação dos documentos, tais como médicos, historiadores, sociólogos e outros.

Art. 5º A eliminação de documentos, autorizada na Tabela de Temporalidade e Destinação de Documentos, deverá ser efetuada com base nos procedimentos previstos na Resolução nº 7 do CONARQ, de 20 de maio de 1997.

Art. 6º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

JAIME ANTUNES DA SILVA

Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 jul. 2005. Seção 1, p. 5



## ANEXO VII

## Ficha de Caracterização do Fenótipo da Embriopatia por Zika vírus/Zika Congênita



**CARACTERIZAÇÃO DO FENÓTIPO DA EMBRIOPATIA POR ZIKA VÍRUS/ZIKA CONGÊNITA**  
**ROTEIRO DE EXAME CLÍNICO-DISMORFOLÓGICO E NEUROLÓGICO + PROTOCOLO DE EXAMES**  
 Versão 27/07/2016

Identificação do Caso – Número		- CARTÃO SUS:
Nome do RN/Paciente:		
Data de Nascimento:	Hora: 11:40	
Local de Nascimento (Cidade/UF): TGA - Mato Grosso		
Nome da Mãe:	Idade: Mãe 43 anos / Pai 50 anos	
Endereço:		
Local de Moradia (Cidade/UF): TGA - MT	CEP:	
Telefone:	Email:	
Serviço de atendimento para aplicação do Protocolo / N° Prontuário:		
Data de atendimento:	Médico Examinador:	

História Familiar					
Consanguinidade	Malformações	Microcefalia	Doenças Genéticas	Abortos	Morte Neo/Precoce
01. Sim (grau)	01. Sim (descrever)	01. Sim (quem)	01. Sim (descrever)	01. Sim (descrever)	01. Sim (quê/onde)
02. Não	02. Não	02. Não	02. Não	02. Não	02. Não
03. Indefinida	03. Indefinida	03. Indefinida	03. Indefinida	03. Indefinida	03. Indefinida
	Quem: O quê/onde:	Quem:	Quem/quais:		

História Perinatal		
Mãe: G 3 P 02 A O	DUM:	Idade Gestacional ao nascer (semanas/dias): 38 semanas
Para cada gestação > Idade, sexo, saúde:		
Dados de Pré-Natal (número de consultas, local, alterações, exames etc.):		
Medicações, Vitaminas, Ferro, Folato etc., se houve (qual, quando, por quê, etc): Ácido fólico + vitaminas + ferro		
Sorologias na gestação: Testes para HIV, Hep B, C e sífilis serológicos.		
Ultrassonografias na gestação: 3x USG		
Diagnósticos no Pré-Natal, se houve: Zika com 26 semanas		

Contato com teratógenos [se houve]					
Alcool	Drogas	Tabaco/Fumo	Agrotóxicos	Químicos/Poluentes	Radiação (Ocupacional, Exame ou Acidente)
01. Sim (descrever)	01. Sim (descrever)	01. Sim (descrever)	01. Sim (descrever)	01. Sim (quê, quando)	01. Sim (descrever)
02. Não	02. Não	02. Não	02. Não	02. Não	02. Não
03. Indefinido	03. Indefinido	03. Indefinido	03. Indefinido	03. Indefinido	03. Indefinido
O quê/quanto/quando:	O quê/quanto/quando:	O quê/quanto/quando:	O quê/quanto/quando:	O quê/quanto/quando:	O quê/quanto/quando:

Gravidez, Parto e Puerpério					
Febre	Rash/Exantema	Prurido	Hiperemia conjuntival	Artralgia	Infecções na gravidez
01. Sim (descrever)	01. Sim (quê, quando)	01. Sim (quê, quando)	01. Sim (quando)	01. Sim (quê, quando)	01. Sim (quê, quando)
02. Não	02. Não	02. Não	02. Não	02. Não	02. Não
03. Indefinida	03. Indefinida	03. Indefinida	03. Indefinido	03. Indefinida	03. Indefinida
	3º Trim	3º trimestre			
Mãe vacinada para febre amarela:	Mãe teve na gravidez:	Bebê mexeu no útero:	Parto – Tipo:	Apgar:	Destino:
01. Sim (quando)	01. Dengue	01. Antes dos 5m	01. Normal	1º: 9	01. Alojamento
02. Não	02. Chikungunya	02. Após 5m	02. Cesárea	5º: 10	02. Berçário
03. Indefinido	03. Febre amarela	03. Pouco	03. Fórceps	Outros:	03. UTI
2017-2017	Zika				

Antropometria ao nascer (24 a 48h DE VIDA)					
Idade Gestacional:	Ao nascer:	Estatura (cm):	Perímetro cefálico (cm):	Perímetro torácico (cm):	Comprimento Vértice-Cóccix:
38 s 0 d	Peso: 2.880 g	46,5	35,5		
percentil:	percentil:	percentil:	percentil:	Relação PC/PT:	Relação PC/VC:

**ATENÇÃO: Anexar a esta ficha o TCLE, Heredograma, Documentação Fotográfica, Vídeos e Exames**





**CARACTERIZAÇÃO DO FENÓTIPO DA EMBRIOPATIA POR ZIKA – FORMULÁRIO DE RASTREAMENTO**  
 Critérios Clínicos de Rastreamento Diagnóstico – Sensibilidade e Especificidade – Zika Congênita  
 Versão 27/07/2016

Nome do RN/Paciente:	
Data de Nascimento:	Serviço/Prontuário:
Nome da Mãe:	

Critérios de Exame Clínicos	Variáveis	Sim	Não	Não sei		
Dismorfológicos	1	PC < -2SD para a idade				470
	2	Fontanelas fechadas prematuramente				
	3	Suturas palpáveis ( <i>ridging</i> )				
	4	Suturas cavalgadas / fusão desnivelada				
	5	Fronte estreita com depressão frontal bilateral				
	6	Proeminência supraorbitária acentuada				
	7	Ponta Occipital				
	8	Ponta Temporal				
	9	Pele frontal em excesso / Enrugamento frontal com choro (bulging)				
	10	Pele occipital/nucal em excesso				
	11	Couro cabeludo enrugado ou enrugável ( <i>scalp rugae</i> )				
	12	Pregas epicânticas				
	13	Ptose palpebral				
	14	Microftalmia aparente				
	15	Estrabismo				
	16	Nistagmo				
	17	Micrognatia/Retrognatia (subjativa)				
	18	Ausência do frênulo lingual				
	19	Hipertrofia alveolar secundária				
	20	Atraso de erupção dentária				
	21	Excesso/Sobra de pele corporal				
	22	Malformações vasculares da linha média				
	23	Artrogripose múltiplas (contraturas em mais de 1 grande articulação)				
	24	Pé equinovarus ou valgus				
	25	Camptodactilia sem sulcos (contraturas dos dedos com ausência de sulcos)				
	26	Camptodactilia com sulcos normais ou atenuados				
	27	Fossetas/Covinhas excessivas (se sim, quantas: _____)				
	28	Pterygia/Webbing				
	29	Hérnia(s) [umbilical, inguinal ou outra]				
	30	Assimetria corporal				
	31	Outros sinais dismórficos que indicam outra síndrome				
Neurológicos	32	Hipoatividade motora				
	33	Hipertonía/opistótono				
	34	Hiperreflexia/clonus				
	35	Mão fechada/Polegar cortical				
	36	Hipotonia axial ao sentar depois do 6º mês				
	37	Irritabilidade/hiperexcitabilidade				
	38	Choro excessivo/entrecortado				
	39	Inconsolabilidade				
	40	Pouco alerta / Pouco contato com examinador				
	41	Atraso de desenvolvimento neuropsicomotor significativo (-2m Crono)				
Neurosensoriais	42	Fixa o olhar/ acompanha ao examinador				
	43	Responde a sons				
	44	Alteração de Fundoscopia/Oftalmológica/Visão				
	45	Alteração auditiva (EOA, BERA etc)				
Neuroimagem	46	Calcificação				
	47	Padrão girai simplificado				
	48	Dismorfismo ou assimetria ventricular				
	49	Excesso de Líquor ventricular (dilatação) / Excesso de Líquor extra-axial				
	50	Alteração do corpo caloso				
	51	Alteração do cerebelo				
	52	Alteração de Substância Branca				
Outros	53	TORCHS Negativo				
	54	Infecção por Zika na gravidez				
	55	Sorologia (IgM) + na gravidez (mãe)				
	56	PCR ZIKV + na gravidez (mãe)				
	57	Sorologia (IgM) + no Líquido Amniótico ou tecido fetal				
	58	PCR ZIKV + no Líquido Amniótico ou tecido fetal				
	59	Sorologia (IgM) + em sangue ou tecido do RN				
	60	PCR ZIKV + em sangue ou tecido do RN				
	61	Sorologia (IgM) + em LCR do RN				
	62	PCR ZIKV + em LCR do RN				



## ANEXO VIII

### Declaração de Nascido Vivo

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Nascido Vivo	
I	Identificação do Recém-nascido	1 Nome do Recém-nascido	
	II	2 Data do nascimento	
		3 Sexo	
Local da ocorrência	4 Peso ao nascer		5 Índice de Apgar
	6 Detectada alguma anomalia congênita?		
	7 Local da ocorrência		8 Estabelecimento
	9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da Mãe (rua, praça, avenida, etc)		10 CEP
Mãe	11 Bairro/Distrito		12 Município de ocorrência
	13 UF		
	14 Nome da Mãe		15 Cartão SUS
	16 Escolaridade (última série concluída)		17 Ocupação habitual
	18 Data nascimento da Mãe		19 Idade (anos)
	20 Naturalidade da Mãe		21 Situação conjugal
Pai	22 Raça / Cor da Mãe		
	23 Logradouro		24 CEP
	25 Bairro/Distrito		26 Município
	27 UF		
Gestação e parto	28 Nome do Pai		29 Idade do Pai
	30 Histórico gestacional		
Anomalia congênita	31 Data da Última Menstruação (DUM)		32 N° de semanas de gestação, se DUM Ignorada
	33 Número de consultas de pré-natal		34 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal
	35 Tipo de gravidez		36 Apresentação
	37 O Trabalho de parto foi induzido?		38 Tipo de parto
Preenchimento	39 Casárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar?		40 Nascimento assistido por
	41 Descrever todas as anomalias congênicas observadas		
Cartório	42 Data do preenchimento		43 Nome do responsável pelo preenchimento
	44 Função		
45 Tipo documento		46 N° do documento	
47 Órgão emissor		48 Cartório	
49 Registro		50 Data	
51 Município		52 UF	



**ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO**

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.  
Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

Versão 01/10 - 2ª Impressão 11/2010

## ANEXO IX



## Formulário de exames complementares e testes

3 months to 6 months			
	Normal or mild (0 points)	Moderately altered (1 point)	Severely altered (3 points)
Head circumference	PC > -2DE	PC < -2DS but upper -3DS	PC < -3DS
<b>Neurobehavioral</b>			
Attention to environment or social interaction	Intense eye contact. Marked interest in faces. Responds differently to a friendly or smiling face. Look at his hands	Poor attention or constant irritability	Absent / inattentive
Visual or auditory tracking	Look at the toys when they fall and roll on a surface.	Poor visual or auditory orientation	No visual or auditory interest.
Vocalization	Interactive vocalization	Beginning vocalization. Not interactive	No vocalize
Commentary			Total points:
<b>Motor activity</b>			
Limbs muscle tone Look: a) posture, b) scarf sign, c) Hip adduction and popliteal angle 	<b>Posture:</b> arms resting on chest. Hips abducted and externally rotated. <b>Scarf sign:</b> elbow crosses the midline but do not reach the mamillar line <b>Hip adduction:</b> the angle formed by the legs is between 90-150° <b>Popliteal angle:</b> 110-145°	<b>Hypotonic or flexor hypertonia of limbs</b> <b>Posture:</b> arms and legs flexed and adducted or <b>Scarf sign:</b> elbow comes as far as the outer border of the contralateral chest side or barely reaches the midline of the ipsilateral side <b>Hip adduction:</b> the angle is between 150 - 170° or <80° <b>Popliteal angle:</b> 145-160° or < 110°	<b>Floppy or very increased muscle tone- rigid</b> <b>Posture:</b> Flat on the bed or rigid extension of legs with or without increased flexor tone in arms <b>Scarf sign:</b> Elbow crosses the outer border of the contralateral chest or do not reach the ipsilateral mamillary line <b>Hip adduction:</b> the angle is > 170° or < 60° <b>Popliteal angle:</b> > 160° or < 100°
Head control- cervical and axial muscle tone 	Able to support perfectly head when held upright Neck flexors active when pull to sit	Instable support of the head No neck flexors active when pull to sit	Inable to support the head or retrocollis or opistotonos Dystonic posture
Spontaneous body movements - General movements	Bilateral and alternating kicking Movements fluent, variable and complex with Fidgety movements (2-6 months)	Poor spontaneous motor activity	Practically only stretching. No fidgety movements Movements giving the impression of rigidity Dystonic posture or movements
Standing position (vertical suspension)	Begin to weight bear with "buckling" at the knee after 4 months	No begin to weight support on his legs	Extended legs, toe stance, scissoring
Myotatic reflexes	Reflexes are easy to obtain or visible muscular jerk	Hyperactive (very brisk and large jerk) without clonus or hypoactive	Hyperactive with clonus or absent reflexes
Comentary			Total points
<b>Neurodevelopment</b>			
Cephalic	Able to support perfectly head when held upright or sitting with support	Instable head control	No head control while sitting with support
Reaching for toys	Reach toys and changes of hand	No hand grasp nor change the object of hand. Tries but fails	No hand grasp and hand clenched all time. No reaching toys.
Galant	Absent	Almost absent	Present and very easy to elicit
Asymmetric tonic reflex (ATR)	Absent	Extension of the extremities on the chin side but not mandatory	ATR mandatory
Comentary			Total Points:
Eyes	Normal conjugate eye movements	Non paralytic strabismus	Persistent nistagmus Paralytic strabismus
Succction	Strong and regular sucking. Normal feeding	Irregular sucking or poor stripping. Poor oral feeding	Mouth continuously open and no sucking or clenching without regular sucking. Need of gastro tube
Comentary			Total Points
Comments			

## 9 meses a 12 meses

	Normal ou leve alteração (0 ponto)	Moderadamente alterado (1 ponto)	Severamente alterado (3 pontos)
Perímetro cefálico	PC > -2DE	PC < -2DS mas não inferior a -3DS	PC < -3DS
<b>Neurodesenvolvimento</b>			
Atenção ao meio e interação social	Tenta estabelecer contato com o examinador. Reconhece quando é chamado pelo seu nome e vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro. Imita pequenos gestos ou brincadeiras.	Olha atentamente, porém não responde ao chamado, interagindo pouco. Não imita pequenos gestos	Pobre atenção. Não interage ou com irritabilidade constante.
Triagem Visual ou auditiva	Reconhece membros da família por suas características faciais, sorri, interage. Extranha pessoas desconhecidas, esboçando choro e medo. Gosta de jogar objetos ao solo e observar sua queda, interessando-se pelo ruído dos mesmos.	Não tenta estabelecer contato com o examinador. Preferência em olhar para as luzes ou para objetos em movimento.	Não tem interesse visual e nem auditivo
linguagem	Fala pelo menos uma palavra com significado	Apenas lalação, ainda não fala palavra com significado	No vocaliza ou apenas gorgoeio(geee)
Comentário			Total de pontos:
<b>Atividade motora</b>			
-Tônus muscular -Força: a)MMSS: manobra do cachecol b) MMII: manobra do rechaço e da beira do leito -Trofismo	Tônus, força em MMSS e MMII e trofismo normais e simétricos. Estabilização da hipotoniafisiológica. <b>Manobra do cachecol:</b> o cotovelo cruza a linha mamilar e o braço cai de forma simétrica quando é solto. <b>Manobra da beira do leito e do rechaço:</b> consegue manter membros inferiores erguidos contra a gravidade.	<b>Manobra do cachecol:</b> O cotovelo chega até a borda externa do lado do tórax contralateral ou atinge a linha média do lado ipsilateral ou com assimetria, força diminuída em MSD ( ) ou MSE ( ). <b>Manobra da beira do leito e do rechaço:</b> consegue manter parcialmente membros inferiores erguidos contra a gravidade ou apresenta assimetria, com diminuição da força em MID ( ) ou MIE ( ). Hipotonia apendicular ou hipertonia discreta Trofismo normal ou discretamente reduzido	<b>Manobra do cachecol:</b> O cotovelo cruza a borda externa do tórax contralateral ou não atinge a linha mamilar e ipsilaterais. Força muito diminuída bilateralmente ou MSD ( ) ou MSE ( ). <b>Manobra da beira do leito e do rechaço:</b> não consegue manter os membros inferiores erguidos contra a gravidade ou apresenta assimetria importante, com diminuição da força em MID ( ) ou MIE ( ). Hipotonia apendicular importante ou hipertonia marcada simétrica ( ) ou com predomínio em MSD ( ), MID ( ), MSE ( ) ou MIE ( ). Trofismo normal ou discretamente reduzido



Motor grosseiro 	flexores do pescoço e do tronco ativos quando puxado para sentar. Consegue ficar em pé sozinho.	quando sentado, coluna curvada, apoiando os braços na cama flexores do pescoço e tronco não ativos quando puxado para sentar.	Incapaz de suportar a cabeça ou opistotonos Postura distônica
Posição sentada e em pé (suspensão vertical) 	Capaz de sentar-se com a coluna reta sem apoio e inclinar-se para a frente para alcançar objetos. Mantém-se de pé, agacha-se e consegue levantar apoiando-se em objetos. Engatinha ou arrasta-se. Caminha com apoio. Muitos já conseguem caminhar sem apoio com 12 meses.	Coluna um pouco curvada, pode sentar-se sozinho, engatinhar ou arrastar-se, mas não se mantém de pé sem apoio.	Incapaz de sentar-se sem apoio dos braços (tripé) ou coluna reta porém com joelhos muito flexionados. Não consegue manter-se de pé.
movimentos corporais	Normal em quantidade e move as extremidades de forma coordenada	Excessivos movimentos ou movimentos lentos e monótonos	Movimentos sincrônicos que dão a impressão de rigid Postura distônica ou praticamente sem movimentos
Motor fino	pinça digital(entre polegar e índice) bem estabelecida. Faz gestos com as mãos e com a cabeça( dar tchau, bate palma, manda beijo, aponta para objeto de desejo). Consegue beber usando xícara ou copo.	Capaz de pegar objetos usando toda a mão, troca objetos de mão, passando pela linha média	Não tenta pegar os objetos, permanece com as mãos fechadas ou tenta pegá-los, mas não consegue
Reflexos miotáticos superficiais(cutâneo abdominal e cutâneo plantar)	Cutâneo abdominal: presente nos 3 níveis, simétricos e normais  Cutâneo plantar: flexor bilateral	Cutâneo abdominal: difícil de obter ou alterado( não presente nos 3 níveis ou assimétricos )  Cutâneo plantar: extensor bilateral( ) extensor à D ( ), extensor à E( )	Cutâneo abdominal: não obtidos  Cutâneo plantar: ausentes( ), extensor bilateral( ) extensor à D ( ), extensor à E( )
Reflexos miotáticos (profundos)	São fáceis de obter, simétricos	Hiperrreflexia sem clônus ou hiporreflexia	Hiperrreflexia com clônus ou reflexos ausentes
Comentário			Total de pontos:
Outros			
Reflexos Primitivos	Ausentes	Desaparição parcial	Reflexos primitivos presentes (Moro, Galant, reflexo cervical tônico assimétrico)
Olhos	Movimentos conjugados dos olhos normais	Estrabismo não fixo	Nistagmo persistente Estrabismo fixo
Comentários			Total de Pontos

## 12 meses a 18 meses

	Normal ou leve alteração (0 ponto)	Moderadamente alterado (1 ponto)	Severamente alterado (3 pontos)
Perímetro cefálico	PC > -2DE	PC < -2DS mas não inferior a -3DS	PC < -3DS
Neurodesenvolvimento			
Atenção ao meio e interação social	É atento e interativo. Brinca de forma lúdica com boneca ou carrinhos (alimenta a boneca, arrasta o carrinho).	Responde ao chamado pelo nome, interagindo. Imita pequenos gestos.	Pobre atenção. Não interage, com irritabilidade constante ou interage muito pouco.
Triagem Visual ou auditiva	Reconhece algumas partes do seu corpo, rabisca espontaneamente no papel. Nomeia uma figura.	Reconhece membros da família por suas características faciais, sorri, interage. Extranha pessoas desconhecidas, esboçando choro e medo	Não tem interesse visual e nem auditivo ou não tenta estabelecer contato com o examinador. Preferência em olhar para as luzes ou para objetos em movimento.
linguagem	Fala várias palavras com significado( 2 a 10 palavras pelo menos). Fala frases com 2 palavras.	Fala apenas uma palavra com significado.	No vocaliza ou apenas lalação, não fala nenhuma palavra com significado.
Comentário			Total de pontos:
Atividade motora			
-Tônus muscular  -Força: a)MMSS: manobra do cachecol b) MMII: manobra do rechaço e da beira do leito  -Trofismo	Tônus, força em MMSS e MMII e trofismo normais e simétricos. Estabilização da hipotonia fisiológica. Manobra do cachecol: o cotovelo cruza a linha mamilar e o braço cai de forma simétrica quando é solto. Manobra da beira do leito e do rechaço: consegue manter membros inferiores erguidos contra a gravidade.	Manobra do cachecol: O cotovelo chega até a borda externa do lado do tórax contralateral ou atinge a linha média do lado ipsilateral ou com assimetria, força diminuída em MSD ( ) ou MSE ( ). Manobra da beira do leito e do rechaço: consegue manter parcialmente membros inferiores erguidos contra a gravidade ou apresenta assimetria, com diminuição da força em MID ( ) ou MIE ( ). Hipotonia apendicular ou hipertonia discreta Trofismo normal ou discretamente reduzido	Manobra do cachecol: O cotovelo cruza a borda externa do tórax contralateral ou não atinge a linha mamilar dos ipsilaterais. Força muito diminuída bilateralmente ou em MSD( ) ou MSE ( ). Manobra da beira do leito e do rechaço: não consegue manter os membros inferiores erguidos contra a gravidade ou apresenta assimetria importante, com diminuição da força em MID ( ) ou MIE ( ). Hipotonia apendicular importante ou hipertonia marcada simétrica ( ) ou com predomínio em MSD( ), MID ( ), MSE ( ) ou MIE ( ). Trofismo normal ou discretamente reduzido
Equilíbrio estático e	Domina a posição de pé, caminha sem apoio, corre. Sobe escada com ajuda,	Capaz de sentar-se com a coluna reta sem apoio e inclinar-se para a frente para	Coluna um pouco curvada, pode sentar-se sozinho, engatinhar ou arrastar-se, mas não se

## ANEXO X

## Ficha de notificação SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto			<input type="checkbox"/>	
	2 Agravado/doença		3 Data da Notificação		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Preta 5-Indígena 9-Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica				
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
Notificação de Surto	17 Data dos 1ºs Sintomas do 1º Caso Suspeito		19 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6- Restaurante/ Padaria 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9- Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar		
	18 Nº de Casos Suspeitos/Expostos				
Dados de Residência	20 UF	21 Município de Residência	Código (IBGE)	22 Distrito	
	23 Bairro		24 Logradouro (rua, avenida,...)		
	25 Número		26 Complemento (apto., casa, ...)		
	27 Geo campo 1		28 Geo campo 2		
	29 Ponto de Referência		30 CEP		
	31 (DDD) Telefone		32 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	33 País (se residente fora do Brasil)	
Notificante	Município/Unidade de Saúde				
	Nome		Função	Assinatura	
Notificação		Sinan NET		SVS 30/10/2007	

## DADOS COMPLEMENTARES

(ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO)

Notificação Individual	01 Data da coleta da 1ª amostra da sorologia		02 Data da coleta da 1ª amostra de outra amostra		03 Especificar tipo de exame :	
	04 Óbito ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			05 Contato com caso semelhante ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	06 Presença de exantema ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		07 Data do início do exatema		08 Presença de petéquias ou sufusões hemorrágicas ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	09 Foi realizado liquor ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		10 Resultado da bacterioscopia :			
	11 O paciente tomou vacina contra agravo notificado neste impresso ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		12 Data da última dose tomada		13 Ocorreu hospitalização ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	14 Data da hospitalização		15 UF		16 Município do hospital	
	Código (IBGE)		17 Nome do hospital		Código	
	Notificação Surto	18 Hipóteses diagnósticas no momento da notificação 1ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____ 2ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____				
19 Local provável de infecção (classificação provisória) País: _____ UF: ( ) Município: _____ Distrito: _____ Bairro: _____						

Dados Complementares/ Notificação

SVS 30/10/2007

## ANEXO XI

## Formulário de Registro de Eventos em Saúde Pública

RESP | Registro de Eventos em Saúde Pública V. 1.112.1 Login Documentos

---

**Monitoramento integrado de vigilância e atenção à saúde de condições relacionadas às infecções durante a gestação, identificadas no pré-natal, parto e puericultura.**

**Data da notificação:** \*  
Obs.: Permite o registro de casos a partir de 01/01/2015

**Notificação de:** \*  
   
Segundo definição vigente nos protocolos disponíveis no site [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

**Dados para identificação da gestante ou puérpera**  
Informe os dados sobre a gestante ou puérpera para que a vigilância possa realizar a investigação com o instrumento detalhado.

<b>Nome da gestante/mãe:</b> *	<b>Número do Prontuário da gestante/mãe:</b>	<b>Tipo de documento:</b> *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-- Seleção --"/>
<b>Número do Cartão SUS, CPF ou RG:</b> *	<b>Data de Nascimento da gestante/mãe:</b>	<b>Idade da gestante/mãe:</b> *
<small>Obs.: se não tiver documento coloque 0 em todo o campo</small>	<small>Obs.: se não souber coloque a data 31/12/2015</small>	<small>Obs.: se não tiver documento coloque 99 em todo o campo.</small>
<input type="text"/>	<input type="text" value="__/__/__"/>	<input type="text"/>

<b>Raça/cor da gestante/mãe:</b> *	<b>Dsei</b>	<b>Etnia</b>
<input type="text" value="-- Seleção --"/>	<input type="text" value="-- Seleção --"/>	<input type="text" value="-- Seleção --"/>
<b>UF de residência da gestante/mãe:</b> *	<b>Município de Residência da gestante/mãe:</b> *	<b>Bairro:</b>
<input type="text" value="-- Seleção --"/>	<input type="text" value="-- Seleção --"/>	<input type="text"/>
<b>CEP:</b>	<b>Logradouro (Rua, Avenida):</b> *	<b>Número:</b> *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Ponto de referência:</b>	<b>DDD:</b> *	<b>Número de contato (fixo ou celular):</b> *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Identificação do nascido vivo**  
Campos exclusivos para registro de nascido vivo. Se gestante, selecione não se aplica (NA) para as questões abaixo.

<b>Nome do recém-nascido ou lactente:</b> *	<b>Sexo:</b> *	<b>Data de Nascimento:</b>
<small>Obs.: se não nasceu ou não tiver nome, marcar opção ao lado (checkbox)</small>	<small>Obs.: se não nasceu selecione "IGNORADO"</small>	<input type="text" value="__/__/__"/>
<input type="text"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text" value="-- Seleção --"/>	
<b>Peso (em gramas)</b>	<b>Comprimento (em centímetros)</b>	<b>Número da declaração de nascido vivo - DNV</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Gestação e Parto**  
Informações sobre a identificação da microcefalia durante a gestação ou no pós-parto.

<b>Tipos de alteração congênita:</b> *	<b>Quando foi detectada a alteração congênita:</b> *	
<input type="text" value="-- Seleção --"/>	<input type="text" value="-- Seleção --"/>	
<b>Idade gestacional na detecção da microcefalia (em semanas):</b> *	<b>Tipo de gravidez:</b> *	
<small>Obs.: pode ser ainda na gestação ou momento do parto. Caso não tenha microcefalia digite "99"</small>	<input type="text" value="-- Seleção --"/>	
<input type="text"/>		
<b>Classificação do nascido vivo ou natimorto:</b> *		
<input type="text" value="-- Seleção --"/>		
<b>Perímetro cefálico (PC) (em centímetros com uma casa decimal)</b>	<b>Data de medição do PC (Perímetro Cefálico)</b>	<b>Circunferência Craniana (se detectado no intraútero) em centímetros incluindo a decimal (exemplo: 28,5)</b>
<small>Registre o perímetro cefálico incluindo a decimal (exemplo: 31,5). Obs.: se não tiver a informação colocar 99,9.</small>	<input type="text" value="__/__/__"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<small>Deixar em branco, caso não tenha realizado exame de imagem durante a gestação</small>



## ANEXO XII

## Requisição LACEN - Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial

REQUISICÃO	
1) Nº Requisição:	2) Unidade de Saúde (ou outra fonte):*
4) Município de Atendimento:	3) CNES:*
7) Nome do Profissional de Saúde:*	5) Código IBGE:*
10) Data de Solicitação:*	6) UF:
11) Data dos Primeiros Sintomas:	8) Registro Conselho/Matricula:*
12) Caso:	9) Assinatura:
13) Tratamento:	14) Etapa de Tratamento:
15) Vacina?*	16) Data da Última Dose:
17) Finalidade:	18) Finalidade:
19) Nome do Paciente:*	
20) Data de Nascimento:*	21) Idade:*
22) Sexo:*	23) Idade Gestacional:
24) Raça/Cor:	25) Etnia:
26) Documento 1:	27) Documento 2:
28) Logradouro: (Rua, Avenida...)	29) Número:
30) Complemento do Logradouro:	31) Ponto de Referência:
32) Município de Residência:*	33) Bairro:
34) CEP:	35) DDD / Telefone:
36) Zona:	37) País (Se reside fora do Brasil):*
PACIENTE	
42) Exame Solicitado:*	43) Material Biológico:*
44) Localização:	45) Amostra:*
46) Mat. Clínico:	47) Data da coleta:*
48) Hora da coleta:	49) Usou medicamento antes da data da coleta?*
50) Agravo/Doença:	
51) CID 10:*	
52) Nº Notificação do SINAN:*	
53) Data de Notificação:*	
SINAN	
54) Unidade de Saúde Notificante:	
55) Município de Notificação:	
56) Dados Clínicos/Laboratoriais:	
57) Código IBGE*	
58) UF:	
LEMENTARES	



CGLAB/SVS/MS

**SISTEMA GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL (GAL)  
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA REQUISIÇÃO DE EXAME**

Ordem	Descrição dos Campos
01	Número da requisição gerado pelo sistema após o cadastro. <b>(OBRIGATÓRIO)</b> . Caso ainda não tenha sido cadastrada (NÃO OBRIGATÓRIO).
02	Unidade de Saúde ou outra fonte que solicita exame (s) da rede de laboratórios: Nome completo e sem abreviaturas.
03	Número do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .
04	Nome do município de atendimento da Unidade de Saúde ou de outra fonte responsável pela solicitação de exame(s).
05	Código do IBGE correspondente. <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .
06	Sigla da Unidade da Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte responsável pela solicitação de exame(s).
07	Nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s) sem abreviaturas. <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .
08	Abreviatura/número do conselho ou matrícula do profissional de saúde <b>(OBRIGATÓRIO)</b> . Ex: CRM/RJ 1234.
09	Assinatura e carimbo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s).
10	Data da solicitação de exame (s) <b>(OBRIGATÓRIO)</b> . No formato dd/mm/aaaa.
11	Data dos primeiros sintomas – data que surgiram os primeiros sintomas do paciente. No formato dd/mm/aaaa.
12	Classificação do tipo de caso: 1 – <i>Suspeito (diagnóstico para definição de doença/agravo)</i> ; 2 – <i>Comunicante (paciente teve contato familiar, sexual com um caso)</i> ; 3 – <i>Acompanhamento (paciente em tratamento de doença/agravo)</i> ; 4 – <i>Controle (controle de tratamento de doença/agravo finalizado)</i> ; 5 – <i>Óbito (diagnóstico para esclarecimento de causa mortis)</i> ; 6 – <i>Caso grave (paciente em estado grave, internado ou não)</i> ; 7 – <i>Surto (esclarecimento de ocorrência de doença/agravo em área restrita)</i> ; 8 – <i>Diagnóstico (paciente para confirmação da doença/agravo)</i> e 9 – <i>Ignorado</i> .
13	Tratamento – informar o tempo de tratamento que o paciente encontra-se na data da solicitação do exame (s). (Exemplo: 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número "10", e na segunda lacuna o item correspondente à opção "1", que significa dia).
14	Etapa de tratamento – corresponde à etapa em que o paciente encontra-se na data da solicitação do exame (s), podendo ser: 1 - <i>Pretratamento (sem tratamento)</i> ; 2 - <i>Tratamento (sob medicação)</i> ; 3 - <i>Retratamento (iniciado novamente o tratamento ou troca de esquema de tratamento)</i> ; 4 - <i>Avaliação de resistência (paciente com resultados laboratoriais sugestivo a resistência)</i> e 9 – <i>Ignorado</i> .
15	O paciente tomou vacina? – O campo deve ser preenchido, após verificar no cartão de vacina, se o paciente já foi vacinado contra o agravo/doença suspeita ou confirmado conforme solicitação de exame (s). 1 – <i>Sim</i> ; 2 – <i>Não</i> e 9 – <i>Ignorado</i> .
16 e 17	Data da última dose da vacina contra agravo/doença suspeita ou confirmada que o paciente tomou no formato dd/mm/aaaa. Especifique o tipo da vacina.
18	Finalidade da requisição: 1 – <i>Campanha (evento investigatório com período definido para doença/agravo específico)</i> ; 2 – <i>Inquérito (investigação contínua ao longo do tempo para doença/agravo específico)</i> ; 3 – <i>Investigação (aplicável a doenças/agravs em período e área definidos, em eventos inesperados ou programados, como surtos ou sentinelas)</i> ; 4 – <i>Programa (eventos investigativos ligados a ações de programas específicos das esferas governamentais)</i> ; 5 – <i>Protocolo (investigação diagnóstica definida por instituição ou esfera governamental, para definição de perfil diferencial ligado a doença/agravo principal)</i> ; 6 – <i>Projeto (investigação de doença/agravo ligado a pesquisa)</i> e 9 – <i>Ignorado</i> . Especificar o nome da finalidade (Nível Nacional ou Estadual).
19	Paciente: nome completo e sem abreviatura. <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .
20	Data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa.
21	Idade do paciente. Este campo deve ser preenchido somente se a data de nascimento for desconhecida. (Ex. 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número "10" e na segunda lacuna o item correspondente à opção "2", que significa dia). 1 – <i>Hora(s)</i> ; 2 – <i>Dia(s)</i> ; 3 – <i>Mês(s)</i> e 4 – <i>Anos</i> . <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .
22	Sexo do paciente. F – <i>Feminino</i> ; M – <i>Masculino</i> e I – <i>Ignorado</i> . <b>(OBRIGATÓRIO)</b>
23	Idade Gestacional. Sendo o paciente do sexo feminino, informar o período gestacional em que a paciente se encontra no momento da ocorrência do agravo/doença. Sendo o paciente do sexo masculino, informar a opção 6 – não se aplica.
24	Nacionalidade: País de origem do paciente.
25	Raça/Cor: 1 – <i>Branca</i> ; 2 – <i>Preta</i> ; 3 – <i>Parda</i> ; 4 – <i>Amarela</i> ; 5 – <i>Indígena</i> e 99 – <i>Sem informação</i> .
26	Etnia: Caso o campo 25 seja preenchido pela opção indígena automaticamente aparece a tabela de etnia.
27	Nome da mãe: Informar o nome completo e sem abreviações.
28 e 29	Documento: Este campo deve ser preenchido informando na primeira lacuna o tipo de documento e em seguida seu número. (Ex. CPF: 777.888.999.00 => deve ser informado o item correspondente à opção "2", que significa CPF e segunda lacuna o número 555.555.555.55). 1 – <i>RG – Carteira de Identidade</i> ; 2 – <i>CPF – Cadastro de Pessoa Física</i> ; 3 – <i>CNH – Carteira Nacional de Habilitação</i> ; 4 – <i>CNS – Cartão Nacional de Saúde</i> ; 5 – <i>CNASC – Certidão de Nascimento</i> ; 6 – <i>PRONT – Prontuário</i> e 7 – <i>INFOPEN - Sistema de Informações Penitenciárias</i> .
30	Logradouro (rua, avenida...) do paciente.
31	Número (apartamento, casa) do logradouro do paciente.
32	Dados complementares do logradouro do paciente.
33	Ponto de referência para auxiliar na localização do logradouro do paciente.
34	Bairro do logradouro do paciente.
35	Município do logradouro do paciente.
36	Código do IBGE correspondente <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .
37	Sigla da Unidade da Federação do logradouro do paciente.
38	CEP - Código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) do paciente.
39	Código da localidade e o telefone para contato do paciente. (DDD e número do telefone)
40	Classificação da zona do logradouro do paciente. 1 – <i>Urbana</i> ; 2 – <i>Periurbana</i> ; 3 – <i>Rural</i> ; 4 – <i>Silvestre</i> e 9 – <i>Ignorado</i> .
41	País do logradouro do paciente. Se residente fora do Brasil preenchimento do País. <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .
42	Informar o(s) exame(s) laboratorial (is) solicitado(s) para o paciente <b>(OBRIGATÓRIO)</b> pelo profissional de saúde.
43	Material Biológico (amostra enviada): Informar o(s) tipo(s) de material (is) biológico(s) enviado(s) para o(s) exame(s) solicitado(s) para o paciente <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .
44	Informar caso o material biológico requeira localização, a parte do corpo de onde a amostra foi coletada. Ex. <i>Abdômen, Braço direito, ...</i>
45	Informar o(s) número(s) da(s) amostra(s) coletada(s) para o paciente. 1ª – 1ª amostra; 2ª – 2ª amostra; nª – nª amostra e U – Única <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .
46	Material Clínico em que a amostra foi enviada: 1- <i>IN – Amostra in Natura</i> ; 2- <i>IB – Isolado Bacteriano</i> ; 3- <i>LM – Lâmina</i> ; 4- <i>MTB – Meio de Transporte Bacteriano</i> ; 5- <i>MTV – Meio Transporte Viral</i> ; 6- <i>FF – Fixado em Formol</i> ; 7- <i>FA – Fixado em Álcool</i> ; 8- <i>FO – Fixado em Outros</i> ; 9- <i>BP – Bloco de Parafina</i> e 10- <i>PF – Em Papel de Filtro</i> .
47	Data da Coleta. Informar a data em que a(s) amostra(s) foi coletada(s) <b>(OBRIGATÓRIO)</b> . No formato dd/mm/aaaa
48	Hora da Coleta. Informar a hora em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato hh:mm Ex. 12h 54min
49	Informar se o paciente usou medicamento antes da data de coleta. 1 – <i>Sim</i> ; 2 – <i>Não</i> e 9 – <i>Ignorado</i> Caso a informação seja 1 – <i>Sim</i> , Especificar e a data de início do uso do medicamento.
50	Informar o nome do agravo/doença conforme ficha de investigação do SINAN (PREENCHIMENTO APENAS PARA CASOS NOTIFICADOS).
51	Informar o código correspondente estabelecido pelo SINAN do CID 10, conforme descrita na ficha de investigação do SINAN <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS)</b> .
52	Preencher com o número da notificação atribuído pela unidade de saúde ou outra fonte conforme descrita na ficha de investigação do SINAN <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS)</b> .
53	Informar a data da notificação conforme descrita na ficha de notificação SINAN no formato dd/mm/aaaa <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS)</b> .
54	Nome completo da Unidade de Saúde ou outra fonte que realizou a notificação.
55	Informar o código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE SOLICITANTE)</b> .
56	Nome completo do município onde está localizada a unidade de saúde ou outra fonte notificadora que realizou a notificação.
57	Código do IBGE <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DO MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO)</b> .
58	Sigla da Unidade da Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte que realizou a notificação no SINAN <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES</b>



## ANEXO XIII

### Questionário de investigação para microcefalia

**Dados do serviço de saúde**

Tipo:  Hospital público  Hospital particular  Hospital filantrópico  Domicílio  Outros. Se outros, especifique: \_\_\_\_\_

Identificação do serviço de saúde: \_\_\_\_\_

Município de ocorrência: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

**Dados do recém-nascido**

**Informações gerais**

Data da ocorrência do parto: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sexo:  Masculino  Feminino  Indeterminado **Idade gestacional:** \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ dias

Classificação quanto à idade gestacional:  Pré-termo  Termo  Pós-termo

Gemelar:  Sim  Não. Se sim, especifique:  1º Gemelar  2º Gemelar  3º Gemelar

Tipo de parto:  Normal (Vaginal)  Fórceps  Cesáreo

Ocorreu dano perinatal?  Sim  Não – Se sim, qual:  Anóxico  Isquêmico  hemorrágico  traumático  outros, especifique: \_\_\_\_\_

**Exame físico ao nascer**

Peso (g):	Estatura (cm):	Perímetro cefálico (cm):	Perímetro torácico (cm):
	1º min:	5º min:	10º min:

**Presença de outras malformações:**  Sim  Não

Se sim, especifique:

- Aparelho circulatório
- Aparelho respiratório
- Aparelho digestivo
- Órgãos genitais
- Aparelho osteomuscular

Descreva a malformação encontrada: \_\_\_\_\_

**Houve outros achados clínicos?**  Sim  Não – Se sim, especifique:

- icterícia
- hidropsia
- anemia
- esplenomegalia
- alterações ósseas
- choro ao manuseio
- petéquias
- plaquetopenia
- convulsões
- outras, especifique: \_\_\_\_\_

**Exames inespecíficos**

Hemograma (considerar o primeiro):  Sim  Não - Data da realização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hb (mg/dl)	Ht (%)	Leucócitos (mm <sup>3</sup> )	Bastonetes (%)	Segmentados (%)	Monócitos (%)	Linfócitos (%)	Plaquetas (mm <sup>3</sup> )	Glicose (mg/dl)

Punção líquóricas:  Sim  Não - Data da realização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Aspecto:  Limpido  Hemorrágico  Turvo  Xantocrômico  Outros  Ignorado

Hemácias (mm <sup>3</sup> )	Leucócitos (mm <sup>3</sup> )	Bastonetes (%)	Segmentados (%)	Monócitos (%)	Linfócitos (%)	Proteínas (mg/dl)	Cloreto (mg/dl)	Glicose (mg/dl)

**Exames etiológicos**

Atenção! Preencher os resultados conforme a legenda:

[1] Reagente/Positivo [2] Não reagente/Negativo [3] Inconclusivo [4] Não realizado

Agente	Amostra	Data coleta	IgM	IgG	PCR
Rubéola	Soro do RN Líquor Urina				
Agente	Amostra	Data coleta	IgM	IgG	PCR
Citomegalovírus	Soro do RN Líquor Urina				
Agente	Amostra	Data coleta	IgM	IgG	PCR
Herpes vírus	Soro do RN Líquor Urina				
Agente	Amostra	Data coleta	IgM	IgG	PCR
Parovírus	Soro do RN Líquor Urina				
Agente	Amostra	Data coleta	IgM	IgG	PCR
Toxoplasmose	Soro do RN Líquor Urina				
Agente	Amostra	Data coleta	Resultado	Títulação	Treponêmico
Sífilis	Soro do RN Líquor Urina			1:	
				1:	
HIV	Amostra	Data coleta	Teste rápido	Sorologia	WB
Agente	Amostra	Data coleta	IgM	IgG	PCR
Zika vírus	Soro do RN Líquor Urina				
Agente	Amostra	Data coleta	IgM	IgG	PCR
Chikungunya	Soro do RN Líquor Urina				
Agente	Amostra	Data coleta	IgM	IgG	PCR
Dengue	Soro do RN Líquor Urina				

**Viajou durante a gestação?** [ ] Sim [ ] Não – Se sim: \_\_\_\_\_  
 Data da ida: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data da Volta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
 Data da ida: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data da Volta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

#### Antecedentes

Há algum grau de parentesco com o seu companheiro? [ ] Sim [ ] Não – Se sim, qual: \_\_\_\_\_  
 Você possui alguma malformação congênita? [ ] Sim [ ] Não – Se sim, qual (is): \_\_\_\_\_  
 Há alguém na sua família, ou na do seu companheiro, que nasceu com microcefalia? [ ] Sim [ ] Não  
 Você fazia uso de algum medicamento de uso contínuo? [ ] Sim [ ] Não – Se sim, Especificar: \_\_\_\_\_

Teve diagnóstico de alguma doença pré-existente? [ ] Sim [ ] Não – Se sim, qual (is): \_\_\_\_\_  
 [ ] Diabetes [ ] Outras doenças metabólicas [ ] Hipertensão arterial sistêmica [ ] Cardiopatia crônica [ ] Doença renal crônica [ ] Pneumopatias crônicas [ ] Hemoglobinopatia [ ] Câncer [ ] Doença auto-imune [ ] Doença neuroléptica [ ] Outras, especificar: \_\_\_\_\_

Teve diagnóstico ou recebeu tratamento para alguma doença sexualmente transmissível? [ ] Sim [ ] Não  
 Se sim, qual (is): [ ] HIV [ ] Sífilis [ ] Gonorréia [ ] Clamídia [ ] Hepatites B e/ou C [ ] Herpes simples [ ] Outras, especificar: \_\_\_\_\_

#### Histórico obstétrico/ginecológico

Primeira gestação? [ ] Sim [ ] Não – Se sim, pular para dados da gestação. Se não, continuar:  
 Quantas vezes você já engravidou (considerar abortos e natimortos)? \_\_\_\_\_  
 Quantos filhos nasceram vivos? \_\_\_\_\_  
 Quantos filhos nasceram mortos? \_\_\_\_\_  
 Já teve algum aborto? [ ] Sim [ ] Não – Se sim, quantos: \_\_\_\_\_  
 Algum destes nasceu com alguma malformação congênita? [ ] Sim [ ] Não – Se sim, qual (is): \_\_\_\_\_

Qual é a data de nascimento do seu último filho? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Durante a gestação

Teve contato com pesticidas? [ ] Sim [ ] Não – Se sim, especificar: \_\_\_\_\_  
 Teve contato com agrotóxicos? [ ] Sim [ ] Não – Se sim, especificar: \_\_\_\_\_  
 Teve contato com algum produto químico? [ ] Sim [ ] Não – Se sim, especificar: \_\_\_\_\_  
 Realizou algum exame de rato-X? [ ] Sim [ ] Não – Se sim: [ ] 1º trimestre [ ] 2º trimestre [ ] 3º trimestre

#### Você fez uso de algum destes medicamentos?

Ácido fólico: [ ] Sim [ ] Não – Se sim, data que iniciou o tratamento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Ferro: [ ] Sim [ ] Não – Se sim, data que iniciou o tratamento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Outros: [ ] Sim [ ] Não Se sim: Quais: \_\_\_\_\_  
 Medicamento 1: \_\_\_\_\_ data que iniciou o tratamento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Medicamento 2: \_\_\_\_\_ data que iniciou o tratamento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Medicamento 3: \_\_\_\_\_ data que iniciou o tratamento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Medicamento 4: \_\_\_\_\_ data que iniciou o tratamento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Exames de imagem

**Tomografia craniana:** [ ] Sim [ ] Não [ ] Aguardando – Se sim, data da realização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Resultado: [ ] Normal [ ] calcificações [ ] isencefalia [ ] atrofia cerebral [ ] ventriculomegalia [ ] suturas calcificadas [ ] outras, especificar: \_\_\_\_\_

**Ressonância magnética craniana:** [ ] Sim [ ] Não [ ] Aguardando – Se sim, data da realização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Resultado: [ ] Normal [ ] calcificações [ ] isencefalia [ ] atrofia cerebral [ ] ventriculomegalia [ ] suturas calcificadas [ ] outras, especificar: \_\_\_\_\_

**Ultrassom transfontanela:** [ ] Sim [ ] Não [ ] Aguardando – Se sim, data da realização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Resultado: [ ] Normal [ ] calcificações [ ] isencefalia [ ] atrofia cerebral [ ] ventriculomegalia [ ] suturas calcificadas [ ] outras, especificar: \_\_\_\_\_

**Ultrassom abdominal:** [ ] Sim [ ] Não [ ] Aguardando – Se sim, data da realização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Foi encontrada alguma alteração: [ ] Sim [ ] Não – Se sim, especificar: \_\_\_\_\_

**Ecocardiograma:** [ ] Sim [ ] Não [ ] Aguardando – Se sim, data da realização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Foi encontrada alguma alteração: [ ] Sim Não [ ] – Se sim, especificar: \_\_\_\_\_

#### Outros exames realizados

**Fundo do olho:** [ ] Sim [ ] Não – Se sim, data da realização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Foi encontrada alguma alteração: [ ] Sim Não [ ] – Se sim, especificar: \_\_\_\_\_

**Teste da orelhinha:** [ ] Sim [ ] Não – Se sim, data da realização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Foi encontrada alguma alteração: [ ] Sim Não [ ] – Se sim, especificar: \_\_\_\_\_

#### Entrevista com a mãe

##### Identificação e dados sociodemográficos

Nome: \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos  
 Raça/Cor: [ ] Branca [ ] Preta [ ] Amarela [ ] Parda [ ] Indígena (Etnia: \_\_\_\_\_) [ ] Ignorado  
 Escolaridade (considere o maior nível completo): [ ] sem escolaridade [ ] Fundamental I [ ] Fundamental II [ ] Médio [ ] Superior [ ] Ignorado  
 Estado civil: [ ] Solteira [ ] Casada [ ] Viúva [ ] Separada/Divorciada [ ] União estável [ ] Ignorado  
 Ocupação: \_\_\_\_\_  
 Quantas pessoas moram na sua casa: \_\_\_\_\_  
 Qual é a renda familiar mensal: \_\_\_\_\_ reais

Endereço atual  
 Estado: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
 Logradouro: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_

Morou em outro endereço durante a gestação? [ ] Sim [ ] Não – Se sim:  
 Estado: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
 Logradouro: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_



**Hábitos durante a gestação**

**Álcool**

Fez uso de bebida alcoólica durante a gestação?

- Sim  Não – Se não, pular para tabagismo. Se sim, continuar.

Com que frequência você utilizava bebidas alcoólicas por semana?

- Uma  duas  três  quatro  cinco  seis  sete ou mais

Quantas doses ou drinks você costumava tomar nesses dias?

- Uma  duas  três ou mais

Com que frequência tomava mais que três doses ou drinks na mesma ocasião?

- Nunca  Mensalmente ou menos  Semanalmente  Diariamente  Ignorada

**Tabagismo**

Em relação ao cigarro, você diria que:

- Nunca fumei
- Fumei no passado, mas na gestação não
- Fumei de menos que 10 cigarros por dia
- Fumei de 10 a 20 cigarros por dia
- Fumei mais de 20 cigarros por dia
- Não soube responder

Se fumante, há quantos anos fuma diariamente? \_\_\_\_\_

Se ex-fumante, parou de fumar há quanto tempo? \_\_\_\_\_ dias  semanas  meses  anos

**Drogas ilícitas**

Agora nos vamos falar sobre o uso de substâncias estimulantes ou calmantes. Alguma vez você usou:

Maconha -  Nunca  Nenhuma vez no último ano antes de ficar grávida  uma vez por mês pelo menos  mais ou menos uma vez por semana  todos os dias

Cocaína cheirada -  Nunca  Nenhuma vez no último ano antes de ficar grávida  uma vez por mês pelo menos  mais ou menos uma vez por semana  todos os dias

Qualquer droga injetável -  Nunca  Nenhuma vez no último ano antes de ficar grávida  uma vez por mês pelo menos  mais ou menos uma vez por semana  todos os dias

Crack ou merla -  Nunca  Nenhuma vez no último ano antes de ficar grávida  uma vez por mês pelo menos  mais ou menos uma vez por semana  todos os dias

Lança-perfume, loiló, cola, éter, solventes, esmalte, tinta, clorofórmio -  Nunca  Nenhuma vez no último ano antes de ficar grávida  uma vez por mês pelo menos  mais ou menos uma vez por semana  todos os dias

LSD -  Nunca  Nenhuma vez no último ano antes de ficar grávida  uma vez por mês pelo menos  mais ou menos uma vez por semana  todos os dias

Ecstasy -  Nunca  Nenhuma vez no último ano antes de ficar grávida  uma vez por mês pelo menos  mais ou menos uma vez por semana  todos os dias

ocê teve manchas vermelhas no corpo durante a gestação?  Sim  Não – Se sim, continuar:

1º. Trimestre [ <input type="checkbox"/> ]	2º. Trimestre [ <input type="checkbox"/> ]	3º. Trimestre [ <input type="checkbox"/> ]
Data do início do exantema: ___/___/___	Data do início do exantema: ___/___/___	Data do início do exantema: ___/___/___
Durou por quantos dias? _____	Durou por quantos dias? _____	Durou por quantos dias? _____
Iniciou aonde? <input type="checkbox"/> Cabeça/pescoço <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Difuso por todo corpo	Iniciou aonde? <input type="checkbox"/> Cabeça/pescoço <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Difuso por todo corpo	Iniciou aonde? <input type="checkbox"/> Cabeça/pescoço <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Difuso por todo corpo
Ela se espalhou? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Ela se espalhou? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Ela se espalhou? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se sim, para onde? <input type="checkbox"/> Cabeça/pescoço <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Difuso por todo corpo	Se sim, para onde? <input type="checkbox"/> Cabeça/pescoço <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Difuso por todo corpo	Se sim, para onde? <input type="checkbox"/> Cabeça/pescoço <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Difuso por todo corpo
<b>Teve algum dos seguintes sinais e sintomas?</b>	<b>Teve algum dos seguintes sinais e sintomas?</b>	<b>Teve algum dos seguintes sinais e sintomas?</b>
<input type="checkbox"/> Febre - se sim, qual temperatura? _____	<input type="checkbox"/> Febre - se sim, qual temperatura? _____	<input type="checkbox"/> Febre - se sim, qual temperatura? _____
<input type="checkbox"/> Prurido	<input type="checkbox"/> Prurido	<input type="checkbox"/> Prurido
<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Tosse
<input type="checkbox"/> Coriza	<input type="checkbox"/> Coriza	<input type="checkbox"/> Coriza
<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> Cefaleia
<input type="checkbox"/> Mialgia	<input type="checkbox"/> Mialgia	<input type="checkbox"/> Mialgia
<input type="checkbox"/> Artralgia – se sim, quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> Artralgia – se sim, quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> Artralgia – se sim, quanto tempo? _____
<input type="checkbox"/> Linfadenopatia	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia
<input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival	<input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival	<input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival
<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Vômitos
<input type="checkbox"/> Dor retroorbital	<input type="checkbox"/> Dor retroorbital	<input type="checkbox"/> Dor retroorbital
<input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____	<input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____	<input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____
<b>Se teve outros sintomas,</b>	<b>Se teve outros sintomas,</b>	<b>Se teve outros sintomas,</b>
<b>o rash surgiu:</b> <input type="checkbox"/> Primeiro <input type="checkbox"/> Logo após <input type="checkbox"/> Dias após os outros sintomas	<b>o rash surgiu:</b> <input type="checkbox"/> Primeiro <input type="checkbox"/> Logo após <input type="checkbox"/> Dias após os outros sintomas	<b>o rash surgiu:</b> <input type="checkbox"/> Primeiro <input type="checkbox"/> Logo após <input type="checkbox"/> Dias após os outros sintomas
<b>Teve atendimento médico?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Teve atendimento médico?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Teve atendimento médico?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Se sim, qual hipótese diagnóstica?</b> _____	<b>Se sim, qual hipótese diagnóstica?</b> _____	<b>Se sim, qual hipótese diagnóstica?</b> _____
<b>Tomou remédio?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Tomou remédio?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Tomou remédio?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Se sim, qual?</b> _____	<b>Se sim, qual?</b> _____	<b>Se sim, qual?</b> _____

**xames realizados**

Exame	1º Trimestre			2º trimestre			3º trimestre		
	Realizado	Data	Resultado	Realizado	Data	Resultado	Realizado	Data	Resultado
Hemoglobina	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	____(d/dL)	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	____(d/dL)	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	____(d/dL)
Hematócrito	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	____(%)	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	____(%)	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	____(%)
Glicose	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	____(mg/dL)	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	____(mg/dL)	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	____(mg/dL)
Anti-HIV	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	( ) Reagente ( ) Não reagente ( ) Inconclusivo	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	( ) Reagente ( ) Não reagente ( ) Inconclusivo	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	( ) Reagente ( ) Não reagente ( ) Inconclusivo
Rubéola	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	( ) IgM reagente ( ) IgM não reagente ( ) Inconclusivo ( ) IgG reagente ( ) IgG não reagente ( ) Inconclusivo	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	( ) IgM reagente ( ) IgM não reagente ( ) Inconclusivo ( ) IgG reagente ( ) IgG não reagente	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	( ) IgM reagente ( ) IgM não reagente ( ) Inconclusivo ( ) IgG reagente ( ) IgG não reagente
HBsAg	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	( ) Reagente ( ) Não reagente ( ) Inconclusivo	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	( ) Reagente ( ) Não reagente ( ) Inconclusivo	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	( ) Reagente ( ) Não reagente ( ) Inconclusivo
Anti-HCV	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	( ) Reagente ( ) Não reagente ( ) Inconclusivo	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	( ) Reagente ( ) Não reagente ( ) Inconclusivo	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	( ) Reagente ( ) Não reagente ( ) Inconclusivo
Toxoplasmose	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	( ) IgM reagente ( ) IgM não reagente ( ) Inconclusivo ( ) IgG reagente ( ) IgG não reagente ( ) Inconclusivo	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	( ) IgM reagente ( ) IgM não reagente ( ) Inconclusivo ( ) IgG reagente ( ) IgG não reagente	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	( ) IgM reagente ( ) IgM não reagente ( ) Inconclusivo ( ) IgG reagente ( ) IgG não reagente
Sífilis (VDRL)	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	( ) Reagente ( ) Não reagente ( ) Inconclusivo	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	( ) Reagente ( ) Não reagente ( ) Inconclusivo	Sim ( ) Não ( )	__/__/__	( ) Reagente ( ) Não reagente ( ) Inconclusivo
Exame	1º Trimestre			2º trimestre			3º trimestre		
	Realizado	Data	Resultado	Realizado	Data	Resultado	Realizado	Data	Resultado

**Antefetamina ou remédios para emagrecer** -  Nunca  Nenhuma vez no último ano antes de ficar grávida  uma vez por mês pelo menos  mais ou menos uma vez por semana  todos os dias

**Dados do pré-natal (cartão da gestante e outros registros)**

Realizou pré-natal:  Sim  Não. Se sim, continuar:  
 Unidade de saúde que realizou pré-natal: \_\_\_\_\_  
 Município de realização do pré-natal: \_\_\_\_\_  
 Número de consultas: 1º trimestre: \_\_\_\_ 2º trimestre: \_\_\_\_ 3º trimestre: \_\_\_\_ Total: \_\_\_\_  
 Data da primeira consulta: \_\_/\_\_/\_\_ Idade gestacional no momento da 1ª consulta: \_\_\_\_ semanas  
 Peso no início da gestação (kg): \_\_\_\_ Peso no final da gestação (kg): \_\_\_\_ Altura (m): \_\_\_\_

**Histórico vacinal**

Imunobiológico	Tomou vacina?	Nº Doses	Data 1ª Dose	Data 2ª Dose	Data 3ª Dose
Influenza	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
dT	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
DTPa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Hepatite B	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Tríplice viral	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				

**Desenvolveu alguma complicação durante a gestação?**  Sim  Não - Se sim, qual:

- Infecção do trato urinário
- Anemia
- Diabetes gestacional
- Hipertensão arterial sistêmica gestacional
- Pré-eclâmpsia
- Placenta prévia
- Oligoidrâmnio
- Polidrâmnio
- Insuficiência do colo uterino
- Hiperemese gravídica
- Anomalias anatômicas do útero
- Deslocamento de placenta
- Crescimento intrauterino restrito
- Incisura
- Outras - Especificar \_\_\_\_\_

**Exames de ultrassonografia**

Data realização	Idade gestacional	Perímetro cefálico (cm)	Microcefalia	Calcificações	Ventriculomegalia	Outros achados
/ /	Semanas		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
/ /	Semanas		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
/ /	Semanas		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
/ /	Semanas		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
/ /	Semanas		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	



**Diagnóstico laboratorial de alguma doença infecciosa?** [ ] Sim [ ] Não – Se sim, qual:

<b>1º. Trimestre</b> [ ]	<b>2º. Trimestre</b> [ ]	<b>3º. Trimestre</b> [ ]
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Citomegalovírus <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Herpes simples <input type="checkbox"/> Parvovírus <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Dengue <input type="checkbox"/> Chikungunya <input type="checkbox"/> Zika vírus <input type="checkbox"/> Outras. Especificar:	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Citomegalovírus <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Herpes simples <input type="checkbox"/> Parvovírus <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Dengue <input type="checkbox"/> Chikungunya <input type="checkbox"/> Zika vírus <input type="checkbox"/> Outras. Especificar:	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Citomegalovírus <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Herpes simples <input type="checkbox"/> Parvovírus <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Dengue <input type="checkbox"/> Chikungunya <input type="checkbox"/> Zika vírus <input type="checkbox"/> Outras. Especificar:

**Se sífilis reagente:**

- Título 1: \_\_\_\_\_, recebeu tratamento: [ ] Sim [ ] Não – Se sim, data do início do tratamento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 \_\_\_/\_\_\_, parceiro tratado concomitante: [ ] Sim [ ] Não
- Título 1: \_\_\_\_\_, recebeu tratamento: [ ] Sim [ ] Não – Se sim, data do início do tratamento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 \_\_\_/\_\_\_, parceiro tratado concomitante: [ ] Sim [ ] Não
- Título 1: \_\_\_\_\_, recebeu tratamento: [ ] Sim [ ] Não – Se sim, data do início do tratamento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 \_\_\_/\_\_\_, parceiro tratado concomitante: [ ] Sim [ ] Não

**Encerramento do caso**

**Investigação concluída?** [ ] Sim [ ] Não. Se não, especificar: [ ] Recusa [ ] Perda [ ] Em investigação

**Classificação final:** [ ] Suspeito [ ] provável [ ] confirmado [ ] descartado [ ] inconclusivo

**Etiologia provável:** [ ] infecciosa [ ] genética/cromossômica [ ] ambiental (fármacos, toxicológicas, radiações ionizantes, outras) [ ] inconclusiva.

Se infecciosa, qual HD relacionada: \_\_\_\_\_

**Evolução:** [ ] alta [ ] óbito [ ] ignorado – Data da evolução: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Observações**

---



---



---



---

**Dados do investigador**

Início da investigação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome do investigador: \_\_\_\_\_

Fim da investigação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome do investigador: \_\_\_\_\_

Citomegalovírus	Sim ( ) Não ( )	___/___/___	( ) IgM reagente ( ) IgM não reagente ( ) Inconclusivo ( ) IgG reagente ( ) IgG não reagente ( ) Inconclusivo	Sim ( ) Não ( )	___/___/___	( ) IgM reagente ( ) IgM não reagente ( ) Inconclusivo ( ) IgG reagente ( ) IgG não reagente	Sim ( ) Não ( )	___/___/___	( ) IgM reagente ( ) IgM não reagente ( ) Inconclusivo ( ) IgG reagente ( ) IgG não reagente
Herpes simples	Sim ( ) Não ( )	___/___/___	( ) IgM reagente ( ) IgM não reagente ( ) Inconclusivo ( ) IgG reagente ( ) IgG não reagente ( ) Inconclusivo	Sim ( ) Não ( )	___/___/___	( ) IgM reagente ( ) IgM não reagente ( ) Inconclusivo ( ) IgG reagente ( ) IgG não reagente	Sim ( ) Não ( )	___/___/___	( ) IgM reagente ( ) IgM não reagente ( ) Inconclusivo ( ) IgG reagente ( ) IgG não reagente
Outros	Sim ( ) Não ( )	___/___/___	( ) IgM reagente ( ) IgM não reagente ( ) Inconclusivo ( ) IgG reagente ( ) IgG não reagente ( ) Inconclusivo	Sim ( ) Não ( )	___/___/___	( ) IgM reagente ( ) IgM não reagente ( ) Inconclusivo ( ) IgG reagente ( ) IgG não reagente	Sim ( ) Não ( )	___/___/___	( ) IgM reagente ( ) IgM não reagente ( ) Inconclusivo ( ) IgG reagente ( ) IgG não reagente
Outros	Sim ( ) Não ( )	___/___/___	( ) IgM reagente ( ) IgM não reagente ( ) Inconclusivo ( ) IgG reagente ( ) IgG não reagente ( ) Inconclusivo	Sim ( ) Não ( )	___/___/___	( ) IgM reagente ( ) IgM não reagente ( ) Inconclusivo ( ) IgG reagente ( ) IgG não reagente	Sim ( ) Não ( )	___/___/___	( ) IgM reagente ( ) IgM não reagente ( ) Inconclusivo ( ) IgG reagente ( ) IgG não reagente

## ANEXO XIV

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - responsáveis

Nº do projeto GPPG ou CAAE \_\_\_\_\_

Título do Projeto: Caracterização do fenótipo da embriopatia por zika

A criança pela qual você é responsável está sendo convidada a participar de uma pesquisa cujo objetivo é determinar as características clínicas associadas à infecção pelo zika vírus durante a gravidez. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Genética Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você concordar com a participação na pesquisa, os procedimentos envolvidos são os seguintes: serão anotadas as informações dos exames que os médicos já solicitaram ou ainda irão solicitar para melhor esclarecimento e cuidado prestado com a criança. O bebê será examinado por um dos médicos da equipe da genética, e, se você permitir, serão feitas fotografias do bebê. Além disso, perguntas sobre dados clínicos e familiares da criança serão solicitadas. Em algumas crianças, faremos também alguns testes para ver o desenvolvimento neurológico. Como algumas doenças genéticas podem ser muito parecidas com as alterações causadas por infecções durante a gestação, incluindo a infecção por zika, também coletaremos uma amostra de sangue. A coleta de sangue será realizada por profissionais que possuem experiência com o procedimento, dura no máximo uns 30 segundos e consiste na retirada de cinco (5) ml de amostra de sangue. Esta amostra de sangue será utilizada para analisar o material genético (DNA) e verificar se existe alguma alteração que explique as características apresentadas pela criança. Se houver uma alteração detectada, será descartada o diagnóstico de infecção por zika e explicado detalhadamente qual alteração no DNA foi encontrada, quais as consequências clínicas e o que significa isto para a criança e sua família.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são relacionados ao pequeno desconforto na picada da agulha, e em alguns casos poderá ocorrer a formação de uma pequena mancha roxa no local de onde foi retirado o sangue.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa é o melhor conhecimento das consequências da infecção por zika na gravidez, auxiliando a investigação e aconselhamento de famílias com este problema.

A participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não autorizar a participação, ou ainda, retirar a autorização após a assinatura desse Termo, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que o participante da pesquisa recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação na pesquisa e não haverá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante da pesquisa, o participante receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, os nomes não aparecerão na publicação dos resultados. As informações obtidas (dados do prontuário

Rubrica do responsável \_\_\_\_\_

Rubrica do pesquisador \_\_\_\_\_

Página 1 de 2



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - responsáveis**

medico e de exames) e as fotografias disponíveis serão analisadas para fins de pesquisa, e assim sendo, divulgados para informar outros médicos e cientistas, podendo ser apresentados em artigos a serem publicados em revistas científicas.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Dra Lavínia Schuler-Faccini, pelo telefone 5133598008 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e seu responsável e outra para os pesquisadores.

\_\_\_\_\_  
Nome do participante da pesquisa:

\_\_\_\_\_  
Nome do responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador que aplicou o Termo

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Local e Data: \_\_\_\_\_

Rubrica do responsável \_\_\_\_\_

Rubrica do pesquisador \_\_\_\_\_

Página 2 de 2