

Procedimentos da gestão documental aplicados no arquivo de prontuários dos pacientes do hospital universitário da Universidade Federal de Santa Catarina

Mestranda Rosane Oribka
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC
Email: rosane.oribka@gmail.com

Aldine do Socorro Corrêa Cruz
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC
Email: dinelee@gmail.com

Doutora Eliana Maria Dos Santos Bahia
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC
Email: elianambahia@gmail.com

Resumo

Introdução e objetivo: este artigo apresenta os procedimentos da gestão documental aplicados ao arquivo de prontuários dos pacientes do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), resultado de aulas práticas com estudantes do Curso de Arquivologia da disciplina CIN 7120 – Documentação em Unidades de Saúde direcionada à organização, acesso e uso de informação. Como complemento, foi realizado um levantamento bibliográfico para identificar fatores arquivísticos que contribuem para a gestão documental do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME). **Método:** para a pesquisa, procedeu-se a revisão da literatura com abordagem qualitativa com vistas à construção de uma base teórica, referente à informação na saúde pública. **Resultado:** o resultado do estudo manifesta a compreensão dos fatores arquivísticos que contribuem para a gestão documental nos arquivos médicos, como relevante fonte de informação para o conhecimento e desenvolvimento científico na área da saúde. **Conclusão:** Por fim, percebeu-se os benefícios proporcionados pelas técnicas arquivísticas quanto à organização e recuperação da informação o que, conseqüentemente, auxilia no aprimoramento dos serviços desenvolvidos na unidade de saúde.

Palavras-chave: Informações Arquivísticas. Arquivo Médico. Saúde Pública. Gestão Documental.

Record management procedures applied to patients' medical record archive of Federal University of Santa Catarina's hospital

Abstract

Introduction and objective: this article aims to present the record management procedures applied to the patients' medical records archives of the Federal University of Santa Catarina's hospital Polydoro Ernani de São Thiago, which, took place by practical classes with the students from Archival Science Course admitted in the CIN 7120 – Documentation in Health Unit class which is directed to the organization, access and use of information. Therefore, a descriptive survey was accomplished in order to identify the archival factors that contribute to the record management of the Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME). **Method:** For the development of the research, a bibliographical survey with a qualitative approach was carried out to build a theoretical basis, referring to information in public health. **Result:** the result of the study presents an understanding of the archival factors that contribute to record management in the medical archives as relevant source of information for the scientific knowledge and development for health area. **Conclusion:** after all, it was possible to perceive the benefits provided by archival techniques regarding to documental organization and information retrieval, which consequently helps to improve the services developed in the health unit.

Keywords: Archival Information. Medical Archive. Public health. Record management

INTRODUÇÃO

Uma das rotinas praticadas nas instituições públicas ou privadas consiste da produção constante de documentos dos mais diferentes gêneros e espécies, os quais, após o cumprimento de sua função primária, necessitam de processamento técnico que leve em conta suas particularidades, no sentido de ter sua destinação final estabelecida de forma apropriada. Essas ações buscam evitar o acúmulo de massas documentais sem tratamento adequado e contratempos que prejudiquem o acesso à informação.

É salutar, por parte das instituições, o desenvolvimento e execução de uma política de gestão documental em seus arquivos, de modo que os registros sejam devidamente manuseados e recebam destinação condizente com seu valor primário e secundário¹. Em geral, as ações adotadas no gerenciamento de documentos arquivísticos optam por normas e métodos previamente discutidos e analisados em âmbito científico, que servem como modelos passíveis de adaptações e aplicações em diferentes cenários arquivísticos promovendo, assim, a organização e acessibilidade apropriada da informação.

O cenário acadêmico busca a capacitação do arquivista contemporâneo e está cada vez mais voltado para a formação de profissionais empreendedores, multifuncionais, criativos e integrados com a promoção e desenvolvimento de atividades ligadas ao contexto social.

Aspectos como esses são exigências do mercado de trabalho atual, o qual demanda por profissionais competentes e com habilidades para atuar nos mais diversos campos, aptos a trabalhar com a gestão de arquivos especializados, sejam eles pertencentes às unidades escolares, jurídicas, de saúde, entre outras².

Em se tratando da área da saúde, o arquivista tende a contribuir para o desenvolvimento de ferramentas destinadas ao controle e ao gerenciamento da estrutura organizacional, ao fluxo de informação, a criação de bases de dados e a aplicação das funções arquivísticas (produção/aquisição, classificação, avaliação, descrição, difusão, acesso e uso da informação), que auxiliarão na gestão sistemática de dados informacionais e, conseqüentemente, servirão de subsídios às instâncias administrativas na tomada de decisão¹.

Nessa perspectiva, é necessário que o arquivista, enquanto acadêmico, tenha a oportunidade de estreitar a relação entre teoria e prática, haja vista que em sala de aula obtêm-se concepções e noções sobre o universo arquivístico que auxiliam o futuro profissional a lidar com as demandas de trabalho a partir de resultados ideais. Por outro lado, as atividades em campo permitem entender e visualizar a importância da gestão arquivística e comportamentos baseados na ética profissional, ao mesmo tempo em que evidenciam a realidade mais provável de ser encontrada no mercado de trabalho.

Com base nas asserções levantadas, este artigo apresenta procedimentos da gestão documental aplicados ao arquivo de prontuários dos pacientes do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Procedimentos esses realizados a partir da identificação de necessidades inerentes à organização, acesso e uso de documentos e implementados metodologicamente por meio de aulas práticas desenvolvidas no hospital. As atividades realizadas nessa unidade de saúde perpassam a execução de práticas arquivísticas centradas tanto no tratamento técnico destinado ao acervo ou a indispensabilidade de atitudes éticas diante das informações encontradas, quanto à compreensão e adoção de cuidados pessoais necessários para evitar contaminações, visto que os documentos circulam pelo hospital com equipes multidisciplinares.

As aulas realizadas no HU/UFSC se concentraram no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), uma vez que os documentos alocados nesse setor são primordiais, não somente para o funcionamento da unidade de saúde, mas também por conter o histórico de saúde de pessoas que procuram o hospital. Outra característica importante deste tipo documental concerne a seu caráter médico-científico, sociológico e histórico os quais apresentam relevância para o ensino, a pesquisa, bem como às práticas médicas.

Possibilitar o acesso aos documentos e informações registradas nestes arquivos hospitalares é uma das preocupações dos

arquivistas. Apesar da importância do tema, a literatura científica nacional pouco tem tratado da questão. A pesquisa realizada busca contribuir no sentido de explicar sua importância junto às organizações de saúde.

Com o intuito de prover coerência na disposição das informações, o artigo foi dividido em quatro capítulos. O primeiro oferece um referencial teórico pautado primordialmente na apresentação do conceito e função da gestão documental e prontuários de pacientes como fonte de informação em unidades de saúde. O segundo capítulo propõe elucidações acerca da metodologia empregada durante o levantamento dos dados. O terceiro será dedicado aos aspectos da gestão documental identificados e aplicados no arquivo de prontuários dos pacientes, os quais sofreram análises baseadas em literaturas e normalizações arquivísticas aplicáveis à realidade do hospital e disponíveis na área. Finalmente, o quarto e último capítulo comporta considerações sobre a importância da realização de atividades práticas junto às unidades de saúde para formação do arquivista, além de expectativas relativas à profissão oriundas desse contato com o ambiente real de trabalho.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Hospitais, clínicas e centros de saúde também são produtores de documentos, sejam eles administrativos ou clínicos. Em todos os casos, esses registros demandam tratamento arquivístico que viabilize sua organização e acessibilidade. Em ambientes como os citados, a produção documental é massiva, em especial

quando se trata de prontuários de pacientes, uma vez que a cada novo indivíduo que busca atendimento médico um novo prontuário é criado e, após sua utilização, esse mesmo dossiê precisa ser armazenado de modo que possa ser prontamente localizado e acessado.

A gestão documental deve estar presente nos arquivos de qualquer natureza, em função das técnicas arquivísticas que oferece, as quais consistem de um conjunto de medidas e rotinas que garantem o efetivo controle de documentos de qualquer período ou data, desde a produção até sua destinação final, com vistas à racionalização e eficiência administrativa, como a preservação e acessibilidade do patrimônio documental de interesse social^{1,3}.

A importância e necessidade de manter o acervo documental organizado, permite evitar perdas de informação e prejuízos financeiros. Essa sistematização documental viabiliza também a difusão do conhecimento para pesquisas na área da saúde. Somente a partir da aplicação de procedimentos de base arquivística aliados às decisões multidisciplinares que favoreçam aos propósitos médico-científicos, históricos e sociais, conseqüentemente, atrelados à manutenção de acervos documentais.

Diante das demandas de cunho organizacional e de acessibilidade presentes nos arquivos, torna-se fundamental implementar políticas de gestão documental condizentes com as características do acervo e sua função para a unidade de saúde.

No decorrer de suas atividades, as instituições produzem documentos que carecem de

organização padronizada. Para tanto, a gestão documental arquivística atua como um conjunto de procedimentos que auxiliarão o gestor documental na organização de seus registros informacionais com base em princípios e em funções arquivísticas³. Estas, por sua vez, se caracterizam pela produção, aquisição, classificação, avaliação, descrição e difusão e atendem às especificidades que auxiliam na organização, acesso e conhecimento da massa documental. Dentre as funções da gestão documental, a classificação e a avaliação se constituem como instrumentos fundamentais à padronização e à destinação apropriada do acervo arquivístico.

No que concerne à classificação de documentos arquivísticos, pode ser dizer que se trata de “um esquema de distribuição de documentos em classes, de acordo com métodos de arquivamento específicos, elaborados a partir do estudo das estruturas e funções de uma instituição e da análise do arquivo por ela produzido”⁴. Enquanto que a avaliação documental diz respeito ao “processo de análise de documentos de arquivo, que estabelece os prazos de guarda e a destinação, de acordo com os valores que lhes são atribuídos”⁵. Ambas as funções arquivísticas prezam pela organização sistematizada e padronizada do acervo, de modo que cada documento tenha seu propósito respeitado e receba tratamento que o torne disponível sempre que houver necessidade.

Baseados nesses fatores, verifica-se que a gestão documental se torna imperativa também nas instituições hospitalares a fim de manter

seus acervos documentais adequadamente gerenciados e organizados. Isso porque, a gestão orientada e fundamentada da massa documental tende a facilitar sua recuperação e a minimizar eventuais perdas informacionais, prejuízos financeiros ou a impossibilidade de disseminação do conhecimento para pesquisas na área da saúde.

A gestão documental e dos sistemas de arquivos está relacionada com as diretrizes da Política Nacional e Informática em Saúde (PNIIS). A PNIIS tem como principal propósito: “Promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, [...] os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde”⁶.

Para um efetivo sistema PNIIS é recomendável que a gestão documental se faça presente nos arquivos na área da saúde, pois se trata de um conjunto de medidas e rotinas que garantem o efetivo controle de documentos de qualquer idade, desde a sua produção até sua destinação final, com vistas à racionalização e eficiência administrativa e jurídica, nas áreas médicas, tecnológicas e econômicas da saúde.

A necessidade de recuperação, preservação e tratamento das informações, relativo aos processos de saúde e doenças é essencial à tomada de decisão, à disseminação, ao acesso e ao uso de informações para pesquisa social e educativa. Na área da saúde a gestão documental deve estar pautada em processos institucionais com técnicas arquivísticas e

ferramentas que contribuam para o gerenciamento do arquivo de prontuários dos pacientes, aplicando metodologias arquivísticas e utilizando ferramentas de controle e monitoramento dos documentos.

A gestão documental contribui para o cumprimento dos requisitos legais que embasam o desenvolvimento das práticas de gerenciamento de registros informacionais alinhada à legislação brasileira. A partir do Serviço de Arquivos Médicos e Estatísticos (SAME), a pesquisa científica e acadêmica – para o interesse público ou geral, com eficiência e eficácia a gestão documental – assegura atendimento mais humanizado, contemplando a saúde dos pacientes que procuram os hospitais, cuja assistência deve ser de qualidade.

No que se refere ao aspecto legal da gestão de acervos documentais, a Lei 8.159 preconiza o Poder Público como gestor e protetor de acervos documentais, os quais atuam “como instrumento de apoio à administração, à cultura, ao desenvolvimento científico e como elementos de prova e informação”⁷, legitimando assim os processos de gestão documental extensivos também a prontuários de pacientes.

Na prática, a ausência da gestão documental em hospitais acarreta perdas financeiras, pois o não repasse de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) e de agências seguradoras pode, inclusive, provocar descontinuidade de tratamentos médicos de alta complexidade, ou ainda afetar a liberação de compras de

medicamentos de pacientes, entre outros problemas.

Nesse cenário no qual a organização, controle e acesso à informação apresentam certo protagonismo na tomada de decisões, o arquivista se constitui como agente passível de atuar em diferentes frentes de trabalho. Ocorre que o arquivista possui potencial para ir muito mais além das competências adquiridas e/ou desenvolvidas nos espaços acadêmicos, os quais ainda se encontram deficientes no que tange sua composição curricular⁸.

Diante dos avanços tecnológicos que viabilizam acesso instantâneo à informação, o arquivista passa a assumir novas funções, uma vez que se torna necessário sua participação nas políticas estratégicas de diferentes instituições. O arquivista também se torna convidado a manifestar suas habilidades para lidar com demandas administrativas, jurídicas e técnico-científicas. Assim, acredita-se ser imprescindível reconhecer que “O desafio é ir além da gestão do conhecimento explícito (informações) e identificar quais parcelas do capital intelectual eles controlam, transformando-os em oportunidades para criação de novos conhecimentos”⁹.

Por outro lado, o acúmulo de documentos e as dificuldades enfrentadas pela área da arquivística em lidar com toda demanda produzida, de forma a garantir sua organização e destinação necessárias, consistem de um processo voltado à participação especializada do arquivista. Entretanto, a aplicação de

técnicas voltadas ao tratamento documental não é a única função do arquivista. Posturas baseadas em princípios morais e éticos também fazem parte do conjunto de ações empreendidas por este profissional no ambiente de trabalho.

Princípios morais e éticos partem da ideia de que a convivência em sociedade precisa ser conduzida de modo a assegurar direitos e fazer valer os deveres de seus membros¹⁰. No ambiente de trabalho essa proposta não é diferente e não focaliza apenas a relação entre os indivíduos, mas também a relação desses com o trabalho propriamente dito. A realização de um trabalho especializado sob preceitos éticos torna o arquivista detentor de credibilidade, confiança e, ao mesmo tempo, estende tais aspectos para a própria profissão que o gerou e vice-versa¹⁰. “A ética do profissional individual e do grupo profissional é a maior e mais confiável fonte de reconhecimento e valorização social das pessoas em geral e dos profissionais em particular”¹⁰.

O profissional em arquivologia dispõe de normas e regras que o auxiliam na condução de suas ações conforme preceitos morais e éticos. O Código de Ética do Arquivista e a Lei de Acesso à Informação (Lei 12.527/2011) são recursos legais que se encontram disponíveis para orientar as reflexões do arquivista fazendo-o adotar as posturas e as ações mais adequadas no ambiente laboral. Assim sendo, com esses instrumentos o profissional tem um suporte a mais para conduzir de forma imparcial todo o leque de atividades que a profissão demanda,

tornando assim seu trabalho idôneo. Em ambientes laborais como unidades de saúde, a ética profissional vem a ser um comportamento imprescindível, pois os profissionais inseridos nestes contextos trabalham com informações estritamente privadas, as quais em hipótese alguma podem ser divulgadas ou obtidas sem consentimento, em razão de seu caráter sigiloso e pessoal.

2.1 Prontuários dos pacientes como fonte de informação

O prontuário é um documento de valor único na relação paciente-médico e contribui para pesquisas clínicas e científicas na área médica e para mapeamentos estatísticos de doenças, além de controles de doenças, tratamentos, seus custos e reflexos sobre a saúde populacional¹¹. Ademais, este tipo de dossiê favorece a elaboração de políticas públicas no atendimento em gestão de saúde, Serviço de Arquivos Médicos e Estatísticos (SAME) das organizações de saúde. Segundo as autoras Pinto e Sales¹², a documentação clínica tem como funções “agilizar e favorecer a comunicação entre a equipe multiprofissional e entre ela e o paciente, além de ser fonte de informação para as pesquisas e estudos clínicos e epidemiológicos”.

Sobre esses aspectos, Galvão e Ricarte¹¹ afirmam que o prontuário é um “documento essencial para a assistência integral e continuada ao paciente, colaborativamente construído a partir de informações registradas pela equipe multiprofissional de saúde sobre os aspectos

físicos, mentais e sociais do paciente”. Trata-se de um documento complexo e que precisa atender a diferentes requisitos para que alcance sua efetiva funcionalidade.

Vale ressaltar também que “os registros efetuados no prontuário do paciente voltam-se ao intercâmbio de informações e dados que tentam explicar, compreender e representar os estados de saúde do paciente”¹¹ (11). Teixeira¹³ e Françolin et al.¹⁴ ressaltam que o adequado preenchimento do prontuário pode ser importante instrumento de defesa dos profissionais da saúde em casos de acusações de mau atendimento, imperícia, imprudência ou negligência. Assim como é um instrumento de comunicação entre os diversos agentes. “Falhas na comunicação verbal, escrita e falada, entre unidades hospitalares e entre equipes também podem prejudicar seriamente o paciente, ocasionando a quebra na continuidade do tratamento ou tratamentos inapropriados”¹⁴.

O correto preenchimento do prontuário e o acesso às informações nele contidas são direitos que integram o escopo do direito ao amplo acesso aos serviços de saúde, previstos pela Constituição promulgada em 1988. Por isso, o paciente e seus familiares devem ser considerados no processo de construção do prontuário, já que a legislação concede o direito aos brasileiros de que a assistência prestada seja registrada, além do direito ao acesso às informações registradas no prontuário¹⁵. Registros esses que também têm o papel de comunicar e compartilhar informações entre profissionais de mesma área ou áreas diferentes

de forma simultânea e contínua¹¹. O prontuário tem a função de contribuir com as pesquisas científicas, que também carregam informações de caráter privado dos pacientes, exigindo, portanto, equilíbrio na seleção das informações adicionadas. Outro aspecto citado é o fato de que, em determinados momentos, dependendo da urgência do atendimento e a gravidade da doença, o preenchimento do prontuário fica em segundo plano ou não é feito da maneira adequada¹¹.

Nessa perspectiva, Galvão e Ricarte¹¹ discorrem também sobre o surgimento do prontuário eletrônico. A premissa é de que no “sistema de saúde o paciente pode ser atendido em instituições situadas em distintos contextos geográficos, sociais e políticos”. Dessa forma, tendo em vista “as possibilidades integrativas promovidas pelas tecnologias de informação e comunicação, vislumbra-se que o prontuário do paciente no século XXI assume novas configurações”.

De acordo com a Resolução nº 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina (CFM), “Prontuário é um documento valioso para o paciente, para o médico que assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal”. Essa resolução informa 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”¹⁶.

A importância dos prontuários compreende fronteiras além daquelas circunscritas em seu meio. Na resolução nº 1.821/2007 do CFM, o tempo mínimo de prazo para a preservação e guarda do Prontuário do Paciente (PP) é estabelecido no Art. 8º, “o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários dos pacientes em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizados”. Preservar o acesso aos documentos tem sido uma das preocupações da humanidade e um trabalho diretamente ligado ao profissional arquivista, “em primeiro lugar, uma preocupação não com a custódia, a posse de documento, mas com a sua articulação e sua disseminação de maneira produtiva e possível”¹⁷.

O prontuário do paciente é uma fonte de informação inesgotável como recurso estratégico para a construção e reconhecimento social das competências na área da saúde para os arquivistas. Com conhecimentos da Ciência da Informação, os profissionais podem reforçar o emprego de termos existentes no campo, incluindo as especialidades e integrando as demandas informacionais e tecnológicas desejadas. Procura-se, portanto, contribuir para elucidar sua aplicação nas organizações de saúde, em particular, nos hospitais¹⁷.

Além disso, o prontuário do paciente configura-se como um registro informacional arquivístico “que contém informações pessoais e os processos de diagnósticos e demais encaminhamentos hospitalares, passando pelas

três fases documentais: corrente, intermediária e permanente”¹⁸ e para que tal documento garanta suas funções de confidencialidade, confiabilidade, autenticidade e acesso, os multiprofissionais que participam de sua elaboração devem estar atentos ao preenchimento e ao registro dos dados com clareza, legibilidade e autenticidade, respeitando questões éticas dos pacientes, garantindo-lhes a gênese documental e seu caráter sigiloso. Uma rica fonte de pesquisa na área da saúde, respeitando os limites de sua legislação e orientação. Contribuem para assistência à saúde, defesa do profissional, estatísticas clínicas, administração hospitalar, para a qualidade de vida e bem-estar social.

METODOLOGIA

O método científico se vale de procedimentos sistemáticos e congruentes que oferecem ao pesquisador caminhos confiáveis a serem seguidos, uma vez que permitem encontrar equívocos e nortear tomadas decisões durante a pesquisa. Dessa forma, para a elaboração deste artigo, que trata da temática gestão documental e prontuários dos pacientes, foram utilizados os métodos de pesquisa descritiva, bibliográfica e qualitativa. Cada um com uma finalidade específica, mas que nortearam o uso de técnicas e procedimentos necessários à captação de dados, ao mesmo tempo em que caracterizaram a metodologia empregada.

Os dados coletados foram obtidos mediante a execução de seis (6) aulas práticas com carga horária de quatro (4) horas semanais realizadas

nas dependências do HU/UFSC, situado no Estado de Santa Catarina, no ano de 2017. As atividades desenvolvidas no hospital integram as aulas práticas da disciplina CIN 7120 - Documentação em Unidades de Saúde, a qual compõe o Currículo do Curso de Arquivologia da UFSC. A disciplina visa, por meio de sua ementa, abordar temáticas relativas à legislação da documentação em unidades de saúde, tipologia documental, gestão documental em unidades de saúde, bem como a ética em pesquisa em saúde. Para tanto, sua execução apresenta uma carga horária de 72h/a, sendo deste montante 36h/a destinadas para as atividades práticas em alguma unidade de saúde conveniada com a universidade. O HU/UFSC, local de coleta de dados deste artigo, atua com base nas frentes Ensino, Pesquisa e Extensão e promove atendimentos básicos, em especial nas áreas de clínica médica, cirúrgica, pediatria e tocoginecologia. Ao oferecer atendimento emergencial 24 horas, o hospital recebe diariamente a média 240 pacientes em busca de assistência hospitalar.

Levando em consideração o volume de atendimentos, verifica-se em igual proporção a produção e/ou manutenção de um montante proeminente de prontuários dos pacientes. Nas dependências do hospital, o espaço alocado para a armazenagem desses dossiês médicos está localizado no terceiro andar do prédio e funciona 24 horas para atender a demanda de consultas, procedimentos clínicos e atendimentos emergenciais. Atualmente existem cerca de 500 mil prontuários dos

pacientes armazenados no hospital, os quais se caracterizam como correntes (em uso por até 10 anos), intermediário (sem uso após 10 anos) e o permanente (pacientes que foram a óbito).

ANÁLISE DOS RESULTADOS

As aulas práticas nas dependências do HU/UFSC iniciaram com o procedimento de cadastro dos alunos para que obtivessem identificação e permissão apropriadas para entrada no hospital, mais precisamente no setor do SAME. Após esse primeiro momento, todos os alunos receberam orientações sobre medidas de segurança individual, como o uso de máscara, óculos e luvas, bem como as primeiras informações sobre o local de atividade da disciplina, o qual seria no arquivo localizado no 3º andar do hospital. O local onde acervo está alocado provocou questionamentos quanto aos perigos das condições que pode causar a estrutura predial e ao próprio acervo, já que as recomendações acerca dos espaços construção ou adaptação de arquivos alegam que “é recomendável que fiquem nos andares mais baixos. Essa distribuição garante que, em casos de emergências com fogo ou água, a retirada dos documentos localizados em andares mais baixos seja facilitada¹⁹.”

A chegada ao arquivo propriamente dito causou certa surpresa no que se refere à dimensão estrutural do arquivo e ao volume de prontuários que compõem o acervo. Outro fator que chamou a atenção foi o trânsito frenético e constante de funcionários em busca de prontuários ou realocando-os em seus lugares nas estantes.

Considerando o tamanho do acervo e seu uso frequente, foi preocupante saber que o arquivo não possui arquivista ou qualquer outro profissional da informação em seu quadro funcional.

Por extensão, o arquivo também não dispõe de uma política de gestão documental que atenda aos requisitos arquivísticos. Não há um plano de classificação registrado em que os documentos sejam categorizados de modo a refletir as funções e atividades desenvolvidas pela instituição, assim como não há uma tabela de temporalidade que especifique o tempo de vida dos documentos e sua destinação final.

Esta é uma realidade que o arquivo do HU/UFSC enfrenta e que prejudica sobremaneira a gestão eficiente da massa documental inerente aos prontuários dos pacientes. Ocorre que “a ausência de elaboração e implantação de programas de gestão de documentos tem ocorrido de forma sistemática, muitas vezes em função da falta de recursos humanos capacitados para a execução das atividades”²⁰. Situações como essas incorrem na tomada de medidas legais que possam garantir o mínimo de condição ao trabalho daqueles que lidam com massas documentais.

No que concerne à estrutura do local, verificou-se a existência de duas salas extensas e arejadas para acomodação do acervo, bem como mobiliário organizado de forma que a circulação de pessoas ocorra sem obstáculos. Contudo, observou-se alguns fatores que podem prejudicar a manutenção dos documentos

ocasionando danos físicos. As janelas eram de vidro transparente e algumas estavam sem cortinas ou películas protetoras fazendo com que o sol tivesse acesso aos documentos localizados nas proximidades desse tipo de abertura. Todas as janelas estavam abertas em sua totalidade para que, aparentemente, o local pudesse ter a máxima circulação de ar, uma vez que os funcionários não usavam equipamentos de segurança individual para entrar no arquivo. A questão é que, se por um lado o ambiente está arejado e apropriado para o fluxo de pessoas, por outro os documentos ficam expostos aos agentes físicos capazes de danificar sua integridade material e, conseqüentemente, a informação.

Quanto ao armazenamento dos prontuários dos pacientes, constatou-se um volume acentuado de pastas dispostas em estantes de ferro vazadas, as quais apresentavam ferrugem ou certa curvatura por ter sua capacidade de peso ultrapassada. A quantidade de prontuários em cada prateleira era tão grande que a inserção ou retirada de qualquer pasta se tornava um trabalho difícil e com possibilidades reais de danos aos documentos. Não somente o volume de pastas nas prateleiras se mostrou preocupante, mas também a quantidade e organização dos documentos dentro das pastas revelavam que a colocação desses é realizada sem critérios quanto ao tipo de suporte ou ajuste de dimensões do documento, nos casos daqueles que requerem algum tipo de dobra, uma vez que ultrapassaram as medidas do papel A4 e isso fazia com que os documentos ficassem com

danos por não estarem complementarmente protegidos.

A identificação das pastas atende uma organização numérica composta por três pares de números. Essa numeração é impressa em etiquetas adesivas alocadas no canto superior direito de cada pasta. Na própria pasta existe a demarcação do local no qual deve ser fixada a etiqueta, fazendo com que se estabeleça um padrão e, ao mesmo tempo, permite que a identificação do prontuário do paciente possa ser feita de forma rápida e clara. No entanto, observou-se que nem todas as pastas possuem esse tipo de etiquetagem, sendo sua identificação feita manualmente, interrompendo assim o modelo sistemático de identificação e podendo causar equívocos nos casos de incompreensão do número manuscrito.

Algo que se constituiu como dificuldade neste processo, no momento em que houve o arquivamento das fichas médicas, foi a compreensão e leitura dos números que identificavam o prontuário os quais definem o método de arquivamento adotado pelo SAME chamado dígito terminal. Essa numeração dígito terminal compõe-se de três pares de dezenas dispostas verticalmente. O conjunto numérico das três dezenas forma um grupo numérico que deve ser único e intransferível a cada prontuário do paciente. Ocorre que para encontrar a estante era necessário conferir a última dezena, em seguida voltar para a primeira dezena e assim encontrar a prateleira, por fim verifica-se a segunda dezena para encontrar o prontuário.

Entender a lógica de busca dos prontuários físicos por meio desse conjunto numérico foi bastante difícil inicialmente, pois segue-se uma ordenação lógica de informações (significados dos números), a qual normalmente parte do geral para o específico e com leitura de cima para baixo ou da esquerda para direita. No caso do conjunto numérico que identifica o prontuário de pacientes do HU/UFSC no local onde ocorreram as aulas práticas, essa leitura inicia-se pela última dezena, em seguida volta-se à primeira e termina com a dezena do meio.

Outra atividade realizada nas dependências do HU consistiu na higienização das fichas de emergências da clínica pediátrica. Esse procedimento compreendeu a retirada de cliques, grampos, o recorte e colagem de exames cardíacos para padronizar em formato de papel A4, para em seguida efetuar a digitalização das fichas. A higienização vem ser um procedimento mecânico essencial para a manutenção dos documentos, pois permite que sujeiras ou substâncias deteriorantes possam ser retiradas do suporte favorecendo longevidade em termos de uso e potencializando sua capacidade de resguardar a informação nele contida. Além disso, considerando o valor inerente aos prontuários a manutenção de sua integridade constitui-se como ação necessária, de modo que procedimentos atrelados a sua preservação ofereçam condições adequadas de uso e armazenamento por meio de técnicas de higienização e reparos específicos para este tipo de documento²¹.

É importante frisar que durante o processo de higienização, os recortes realizados nos exames foram procedimentos previamente orientados por médicos e técnicos que lidam com este tipo de documento, os quais ensinaram como e onde deveria ser feita a fragmentação do documento de forma que sua leitura não fosse prejudicada. Este é um aspecto da gestão documental que precisa ser sempre reforçado, ou seja, o diálogo entre as áreas de atuação de uma mesma unidade de saúde, gerando assim uma rede interdisciplinar, a qual pode ser entendida como “a colaboração e conciliação entre conceitos pertencentes às diversas áreas do conhecimento a fim de promover avanços como a produção de novos conhecimentos”²².

Ainda sobre a atividade de higienização, observou-se que os documentos estavam com certa organização e que o número de grampos ou cliques era bastante reduzido, o que favorecia a conservação do suporte e, conseqüentemente, das informações presentes naqueles registros documentais. No que concerne à preservação documental, verifica-se a importância e necessidade de se adotar uma política de gestão que contemple aspectos ligados à preservação do acervo, haja a vista que “uma política de preservação, é a melhor garantia contra a deterioração das coleções, sendo a higienização a primeira ação efetiva para estender a vida útil desses documentos”²³.

Além do processo de higienização documental, também foram realizadas atividades de conferência dos padrões de informações presentes nas fichas de atendimento pediátrico,

ou seja, o processo consistia em verificar a data do atendimento, clínica (exclusivamente Pediátrica - PED) e idade dos pacientes (0 a 15 anos de idade). Fichas que fugiam a esses padrões eram separadas para as devidas realocações. Verificou-se que grande parte dos documentos estava corretamente preenchido e em seus locais de referência, demonstrando assim o cuidado dos funcionários em manter a completude das informações e a categorização dos documentos condizente com a área clínica. Autores como Teixeira¹³ (13) e Françolin et al.¹⁴ lembram que “o adequado preenchimento do prontuário é instrumento de defesa dos profissionais da saúde em casos de acusações de mau atendimento, imperícia, imprudência ou negligência”, mas, além disso, existe o fator “eficiência” que a completude de informações em determinados contextos pode propiciar, pois, registros médicos, avaliações clínicas ou qualquer outra ação que implique no fornecimento de informação que preze por seu detalhamento, só tende a proporcionar atendimentos mais eficientes e diagnósticos mais precisos.

Ainda sobre a ordenação e separação das fichas pediátricas, o critério adotado para o procedimento organizou, em primeiro lugar, a numeração que identifica a estante, em seguida por localização na prateleira e, por fim, a ordenação sequencial dos prontuários. O processo de separação e ordenação torna-se essencial, no que diz respeito ao tempo e à rapidez, pois uma vez ordenado sequencialmente, a lógica se estenderá para o

momento do acondicionamento das fichas no prontuário, não havendo a necessidade de voltar às estantes nas quais o arquivamento de documentos já ocorreu.

Em uma das aulas práticas houve o trabalho de organização e posterior arquivamento de fichas médicas em seus respectivos prontuários. Em primeiro lugar, foi realizado um trabalho de separação dessas fichas médicas. Por sua aparência amarelada e nível de ferrugem dos grampos, constatou-se que tais documentos não receberam nenhum cuidado básico para sua conservação, ao contrário do que se constatou nas fichas de atendimento pediátrico. Para se ter uma ideia, um conjunto de 13 folhas de documentos possuía 12 grampos, um próximo ou sobre outro e todos bastantes enferrujados, o que revelou que os usuários destes documentos não se preocupavam em retirar o grampo anterior para colocar o novo e o documento acrescido ao conjunto documental. Por vezes, o que falta em ambientes laborais como esses é a implantação de uma cultura arquivística que preze pela conservação dos documentos. Sobre esse aspecto, Mesquita²⁴ ressalta a necessidade de “um trabalho de conscientização, uma mudança de mentalidade onde todo o pessoal lotado nessas unidades possa participar de forma integrada das medidas necessárias para manutenção do patrimônio material”.

Embora a autora se refira a museus e manutenção de suas peças, a realidade se estende também a arquivos e bibliotecas nas quais a preservação do objeto de uso desses espaços vem a ser não somente sua principal

razão de existir, mas também fonte mantenedora da memória social e cultural de um país.

CONCLUSÕES

As atividades práticas desenvolvidas no arquivo de prontuários dos pacientes permitiram entender o quanto as técnicas e procedimentos arquivísticos inerentes à gestão documental em arquivos é importante para o acesso e guarda dos registros informacionais. Organização e compromisso, na medida do possível, foram alguns dos aspectos fundamentais observados no setor de arquivo, além do dinamismo intenso devido ao número elevado de documentos arquivados, requisições de prontuários em tempo integral para consultas habituais e emergências, bem como a quantidade reduzida de funcionários para solucionar a demanda em tempo hábil.

Os arquivos (corrente, intermediário e permanente) disponíveis no hospital possuem extensa massa documental, a qual se mostra inversamente proporcional ao número de profissionais que a gerenciam. Aparentemente, esta é uma realidade muito comum quando se trata do setor de arquivo. Nestes casos prevalece o não reconhecimento, por parte das instâncias administrativas superiores, da importância da gestão documental na instituição, ou talvez a inexistência de situações que exijam de maneira severa, gerenciamento especializado dos acervos ou pessoas qualificadas para o tratamento técnico da informação que

argumentem de modo incisivo sobre a necessidade da gestão documental.

Outro aspecto ressaltado diz respeito ao nível de responsabilidade e eficiência que os profissionais do arquivo devem apresentar para administrar o setor. Ocorre que as consultas só são realizadas mediante a apresentação do prontuário, assim, o não repasse deste dossiê médico, além de configurar um problema quanto ao gerenciamento do arquivo, pode, direta ou indiretamente, impedir ou adiar o acesso do paciente ao atendimento clínico. Por vezes, quando o prontuário não é encontrado, outro dossiê é criado de modo a permitir que o paciente tenha seu atendimento consumado.

O cenário encontrado nos arquivos corrente e intermediário no HU/UFSC surpreendeu positivamente quanto ao espaço, organização mobiliária e higiene do local. Vale ressaltar que não era o ambiente ideal, mas se comparado à estrutura anterior localizada no térreo do hospital, as melhorias foram substanciais. Mesmo porque quando se trata de unidade de saúde, onde a procura por atendimento é crescente e constante, torna-se difícil considerar quais são as prioridades do hospital em termos de investimento. Contudo, esta situação não deve se caracterizar como justificativa para deficiências metodológicas, estruturais ou operacionais referente ao arquivo.

As condições visualizadas no arquivo mostraram também outras dificuldades que o arquivista poderá enfrentar no dia a dia de sua profissão, no sentido de que por mais que o

profissional lance esforços para melhorar o funcionamento do arquivo, nem sempre se poderá contar com o fornecimento de recursos (estrutura, materiais, pessoal, etc.) ou profissionais das outras áreas, os quais alegam ter outras prioridades.

Por outro lado, apesar das intempéries encontradas no universo arquivístico, acredita-se que em função do valor atribuído à informação nas últimas décadas, por extensão, o mesmo acontecerá com relação a guarda e preservação desta informação. Nesse sentido, o trabalho do arquivista tende a receber maior atenção e, conseqüentemente, mais investimentos estruturais, metodológicos e especializados. Naturalmente, o processo não será fácil ou rápido, bem como terá obstáculos caracterizados pelo pré-conceito e subestimação da profissão. Contudo, as afinidades com esse campo de atuação serão sempre tomadas como incentivo para encarar os desafios que se fizerem presentes.

REFERÊNCIAS

1. Carli DT, Fachin GRB. A Lei de Acesso à Informação e a gestão de documentos. *Biblios: Journal of Librarianship and Information Scienc.* 2017; 66:47-59.

2. Valentim MLP. Gestão documental em ambientes empresariais. In: Valentim MLP. (Org.). *Estudos avançados em Arquivologia.* [Internet] 2012 [Acesso em 15 jan 2018].

Disponível em:

http://www.marilia.unesp.br/Home/Publicacoes/estudos_avancados_arquivologia.pdf.

3. Santos Neto JA, Santos RP. A gestão de documentos nos arquivos acadêmicos e a portaria MEC n°. 1.224/2013. *Inf. Prof., Londrina.* [Internet] 2015; 4(1): 82-103. [Acesso em 5 jan 2018]. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/infoprof/article/view/23398>

4. Conselho Nacional de Arquivos (BR).

Câmara técnica de documentos Eletrônicos e-ARQ Brasil. Rio de Janeiro, RJ, 2017.

5. Arquivo Nacional (BR). *Dicionário brasileiro de terminologia arquivística.* Rio de Janeiro: O Arquivo, 2005. (Publicações técnicas-AN, n. 51) [Acesso em 05 dez. 2017] Disponível em: http://www.arquivonacional.gov.br/download/dic_term_arq.pdf.

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. *Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: proposta versão 2.0.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

7. Brasil. Lei n. 8.159, de 08 de janeiro de 1991. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências. [Acesso em 06 jan 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8159.htm.

8. Duarte Z. Arquivo e arquivista: conceituação e perfil profissional. *Revista da Faculdade de Letras: ciências e técnicas de patrimônio.* 2006. 5(6): p. 141-151.

9. Serra Júnior LR. O papel do arquivista na gestão do conhecimento. In: *Anais do*

Congresso Nacional de Arquivologia; Porto Alegre – RS, Brasil. 2006.

10. Hortal AA. *Ética das Profissões*. São Paulo: Edições Loyola; 2006.

11. Galvão MCB, Ricarte, ILM.. O prontuário eletrônico do paciente no século XXI: contribuições necessárias da ciência da informação. *R CiInfDoc*. 2011. 2(2): p. 77-100.

12. Pinto VB, Sales OMM. Proposta de aplicabilidade da preservação digital ao prontuário eletrônico do paciente. *RDBCI: Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, Campinas, SP. 2017. 15(2), p. 489-507.

13. Teixeira J. *Prontuário do paciente: aspectos jurídicos*. Goiânia: AB; 2008. 172p.

14. Françolin L. et al. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. [Internet] *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2012 jan/mar; 20(1): 79-83. [Acesso em 22 jan. 2018]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a14.pdf>.

15. Brasil. Decreto nº 4.553, de 27 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a salvaguarda de dados, informações, documentos e materiais sigilosos de interesse da segurança da sociedade e do Estado, no âmbito da Administração Pública Federal, e dá outras providências. *Decretos Federais*. Brasília.

16. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.821, de 11 julho de 2007. Rio de Janeiro. RJ, 2018.

17. Araújo CAÁ. *Arquivologia, Biblioteconomia, Museologia e Ciência da Informação: um diálogo possível*. Brasília: ABRAINFO; 2014. 200p.

18. Araújo NC. *Ética em pesquisa com seres humanos: prontuário do paciente como fonte de informação primária*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Educação, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Florianópolis, 2017.

19. Ministério da Fazenda (BR). Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento, Orçamento e Administração. Coordenação-Geral de Recursos Logísticos. *Recomendações para construção e adaptação de Arquivos: versão 1.0*. Brasília, DF: Ministério da Fazenda, 2014.

20. Indolfo AC. *Lei de acesso: transparência e capacidade dos serviços de atenção à saúde – usos e desusos da informação gerencial*. In: Cunha FJAP. (Org.) *Conhecimento, inovação e comunicação: em serviços de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fio cruz, 2014.

21. Ciocca IG. *O prontuário do paciente na perspectiva arquivística*. 2012. Dissertação de Mestrado. Marília: Faculdade de Filosofia e Ciências, 2014.

22. Marques A, Tognoli NB. *Entre a Arquivologia e outras disciplinas: promessas de interdisciplinaridade*. [Internet] 2017; 1: 65-83. [Acesso em 12 fev 2018]. Disponível em:

<http://ojs.letras.up.pt/index.php/paginasueb/article/view/1546>.

23. Yamashita MM, Paletta, FAC. Preservação do patrimônio documental e bibliográfico com ênfase na higienização de livros e documentos textuais. Rio de Janeiro. 2006. 2(2): 173.

24. Mesquita S. Conservação preventiva e reservas técnicas ainda um desafio para as instituições. In: Silva RRG. (Org.). Preservação Documental: uma mensagem para o futuro. Salvador: EDUFBA; 2012. 130p.

Como citar este artigo

Oribka R, Cruz ASCdo, Bahia EMDS. Procedimentos da gestão documental aplicados no arquivo de prontuários dos pacientes do hospital universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais. [online], volume 03, número especial. Editor responsável: Luiz Roberto de Oliveira. Fortaleza, mês e ano, p. 82-99. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/resdite/index>. Acesso em “dia/mês/ano”.

Data de recebimento do artigo: 24/09/2018

Data de aprovação do artigo: 06/11/2018
