

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO – LATO SENSU
GESTÃO EM ARQUIVOS**

**ESTUDO DO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO
E ESTATÍSTICA DO HOSPITAL SÃO DONATO/SC:
RESULTADO DA PESQUISA**

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO

Amilton Alves da Silva

Sapucaia do Sul, RS, Brasil

2012

**ESTUDO DO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO
E ESTATÍSTICA DO HOSPITAL SÃO DONATO/SC:
RESULTADO DA PESQUISA**

Amilton Alves da Silva

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação – Lato Sensu –
Gestão em Arquivos da Universidade Federal de Santa Maria
(UFSM,RS) como requisito para obtenção do grau de
Especialista em Gestão em Arquivos

Orientadora: Prof^ª. Dra. Rosanara Pacheco Urbanetto

Sapucaia do Sul, RS, Brasil

2012

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO – LATO SENSU
GESTÃO EM ARQUIVOS**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Monografia de Especialização**

**ESTUDO DO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO
E ESTATÍSTICA DO HOSPITAL SÃO DONATO/SC: RESULTADO DA
PESQUISA**

Elaborada por
Amilton Alves da Silva

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão de Arquivos

COMISSÃO EXAMINADORA:

Rosanara Pacheco Urbanetto, Dra.
(Presidente/Orientadora)

Denise Molon Castanho, MS (UFSM)

Rosani Beatriz Pivetta da Silva, MS (UFSM)

Sapucaia do Sul, 08 de dezembro de 2012.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que me contemplou com o milagre da vida, deu-me paciência e forças nos momentos de desânimo.

A toda minha família, especialmente aos meus pais Arilton e Irene, por todo amor, carinho e paciência ao longo desta caminhada.

À professora Rosanara Pacheco Urbanetto, pela dedicação e paciência em seu inestimável auxílio para a conclusão deste trabalho.

A toda a direção do Hospital Nossa Senhora da Conceição, em especial à diretora Soraia da Rosa Bittencourt Martins, que sempre possibilitou horários que me permitissem viajar ou estudar.

Aos meus funcionários Cristiane da Silva Machado e Jonas Paes Cláudio, cuja dedicação permitiu que minhas ausências não prejudicassem o andamento de nosso trabalho.

A toda a direção e funcionários do Hospital São Donato, que tornaram possível esta pesquisa, em especial à Jaqueline da Silva, funcionária do SAME.

A todos os colegas de trabalho que me incentivaram na conclusão deste curso, em especial à Giana Barreiros Geremias, Vilson Vanderlei Andrade e Maria José da Silva Nunes.

A minha grande amiga Sra. Marta Buratto, por suas valiosas palavras, calmantes ou encorajadoras, sempre pertinentes aos difíceis e diferentes momentos desta caminhada.

A todos os colegas de curso que me auxiliaram nas dificuldades.

Aos professores e funcionários do Curso de Pós-Graduação Gestão em Arquivos por contribuírem para a conquista desse título.

Assim diz o SENHOR dos Exércitos, o Deus de Israel: Toma estas escrituras, este auto de compra, tanto a selada, como a aberta, e coloca-as num vaso de barro, para que se possam conservar muitos dias.

(Primeira indicação de arquivo pelo profeta Jeremias 32:12)

RESUMO

Monografia
Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão em Arquivos
Universidade Federal de Santa Maria

ESTUDO DO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA DO HOSPITAL SÃO DONATO/SC: RESULTADO DA PESQUISA

Autor: Amilton Alves da Silva
Orientador: Prof^a Dra. Rosanara Pacheco Urbanetto
Data e local da defesa: Sapucaia do Sul, 08 de dezembro de 2012.

O Arquivo Médico é responsável pela preservação e disponibilização da informação contida nos prontuários médicos do Hospital. A Gestão Documental é a melhor forma de facilitar o acesso à informação, pois este é um direito assegurado por lei. O Hospital São Donato (HSD) localizado no Sul de Santa Catarina, ao longo de sua existência não, dispôs de uma gestão que possibilitasse o acesso à informação por seus usuários, tornando-se um grande problema na atualidade. O grande volume de prontuários obrigou a Instituição a dividir o arquivo em diversos locais e prontuários que deveriam compor o Arquivo Corrente permanecem misturados aos prontuários do Arquivo Intermediário, não existindo um Arquivo Permanente. Outra questão importante é a existência de vários números de registro para um mesmo paciente, dificultando ainda mais o acesso à informação. Esta pesquisa tem como objetivo identificar os problemas no acesso às informações contidas no Arquivo Médico do Hospital São Donato e desenvolver estratégias que facilitem o acesso às informações contidas no seu acervo. Para identificar os problemas quanto ao acesso à informação, foram necessárias visitas ao Arquivo Médico, além de buscar, junto a fundamentação teórica, estratégias para desenvolver uma proposta de gestão documental que atenda às necessidades da Instituição de maneira funcional e prática. Tal proposta de gestão documental não trará benefícios apenas para o HSD, como também a todos os usuários do Arquivo Médico, sejam eles colaboradores, médicos, pacientes ou, ainda, a própria administração do hospital, que necessitam de diversas informações contidas nos prontuários com grande frequência.

Palavras-chave: Hospital. Política de Gestão. Arquivo Médico.

ABSTRACT

Monograph
Post-Graduation *Latu Sensu* in Record Management
Universidade Federal de Santa Maria

STUDY OF MEDICAL FILES SERVICE AND STATISTICS OF HOSPITAL SÃO DONATO/SC: SEARCH RESULTS

Author: Amilton Alves da Silva
Mastermind: Prof^ª Dra. Rosanara Pacheco Urbanetto
Date and place of defense: December 8th, 2012, Sapucaia do Sul.

Medical File is responsible by conservation and availability of Medical records in a Hospital. Documental management is the better way to facilitate the access to the information, because it is a right ensured by law. Hospital São Donato (HSD) located in southern of Santa Catarina, during its existence, has not dispose a management that could make possible the access to the information for its users and nowadays it has become a problem. The great volume of medical records has obligated the Institution to divide the Medical File in several places and records that would compound Current Medical File remain scrambled to Intermediate Medical File and there is not a Permanent Medical File. Another important question is the existence of several numbers used to the same patient registered in the Institution; it makes the access to the information more difficult. The aim of this research is identify problems of access to the information from Medical File of Hospital São Donato and develop strategies to facilitate the access to the information from data. In order to identify the problems related to the access to the information, it was performed several visits to the Medical File, besides a search in a strategic bibliography substantiation to develop a Documental Management Purpose which could attend the Institution necessities in a functional and practice way. Documental Management Purpose will not bring benefits only to the Hospital São Donato, but also to the users of Medical Files, since employees, doctors, patients, or even the hospital administration, which need manifold information from Medical Records frequently.

Keyword: Hospital. Management Policy. Medical File.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Sistema deslizante ou compacto de estantes	20
Figura 2 – Documento danificado pela luz	21
Figura 3 – Documento esfarelado	23
Figura 4 - Papiro com registros de procedimentos médico	31
Figura 5 – Hipócrates	31
Figura 6 - Arquivo de prontuário em papel	42
Figura 7 – Hospital São Donato	46
Figura 8 – Fachada do Hospital São Donato	47
Figura 9 - Prontuários depositados nas estantes	49
Figura 10 – Modelo de envelope para o Arquivo Corrente	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Divisão do dígito terminal	26
Quadro 2 – Outra forma de Divisão do digito terminal	26
Quadro 3 – Problemas encontrados e propostas de gestão	50
Quadro 4 – Divisão dos Prontuários a partir do ano do atendimento	54
Quadro 5 – Cores para cada idade do Arquivo	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Numeração colorida do sistema DTS	27
Tabela 2 - Numeração colorida do sistema DTC	27
Tabela 3 – Dígito terminal e a dezena correspondente	56

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
2.1 Arquivo e o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)	14
2.1.1 Arquivo	14
2.1.2 Orientações para a implantação e funcionamento do SAME	17
2.2 Métodos de arquivamento de prontuários	24
2.3 A relação do SAME com outros serviços ou setores do hospital	27
2.4 O prontuário do paciente, história e perspectivas	29
2.4.1 Conceitos, evolução e características	29
2.4.2 Propriedade, sigilo e acesso ao prontuário	36
2.4.3 O prontuário eletrônico	39
3 METODOLOGIA	44
4 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS	45
4.1 Hospital São Donato: breve histórico	45
4.2 Hospital São Donato: contexto atual	46
4.3 Arquivo médico do Hospital São Donato: resultado da pesquisa	48
5 CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS	61

1 INTRODUÇÃO

O homem constrói sua história em todos os momentos e seus registros permitem a reconstrução destes momentos. Um simples bilhete poderá adquirir valor documental no futuro, pois os documentos são básicos para pesquisa, sendo fontes de informação. As instituições públicas ou privadas, empresas e pessoas estão constantemente recebendo e produzindo documentos e arquivos.

No Brasil a legislação prevê que as informações sobre a vida médico-hospitalar de cada cidadão, neste caso, paciente, estejam organizadas e disponíveis por 20 anos para consulta e estatísticas. Neste sentido, preservar as informações documentais nos arquivos médicos hospitalares é de grande relevância. Um Arquivo Médico bem organizado possui valor inestimável. Diante disso, percebe-se que o Arquivo Médico deve mudar de *status*, deixando de ser simples depósito para ocupar espaço de destaque na administração dos hospitais.

Nesta investigação aborda-se o Arquivo Médico do Hospital São Donato (HSD), responsável pelos prontuários médicos, atualmente chamados de prontuário do paciente, buscando identificar a situação deste para disponibilizar as informações solicitadas por seus usuários.

O interesse nesta pesquisa teve origem na inquietação de buscar facilitar o acesso às informações contidas no Arquivo Médico do Hospital São Donato que, ao longo de seus quarenta e dois anos de existência, acumulou uma massa documental considerável, despertando o interesse para a questão das políticas de gestão documental que poderiam ser implementadas em face desta realidade já que o autor coordena o Serviço de Arquivo Médico do Hospital Nossa Senhora da Conceição na cidade de Tubarão. Assim, surgiu a pergunta que norteou e motivou o desenvolvimento desta investigação: “Quais são as condições de acesso aos documentos do Arquivo Médico do Hospital São Donato?”.

A partir desta inquietação, foram formulados os objetivos que nortearam a presente pesquisa. O objetivo geral constituiu-se em investigar as condições de acesso aos documentos no Arquivo Médico do Hospital São Donato.

Para alcançar o objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Contextualizar o Hospital São Donato e seu Arquivo Médico

- Realizar um estudo no arquivo médico do HSD no intuito de conhecer as condições de acesso aos documentos;
- Elaborar estratégias de modo a facilitar o acesso às informações no arquivo médico do HSD.

As informações contidas em documentos são instrumentos para planejamento, tomada de decisões, controle e viabilidade de atividades em todos os ramos de atividade. Diante disso, o arquivo organizado é de fundamental importância para empresas e instituições, pois representa a gestão da informação que, desta forma, estará disponível no momento necessário a um custo adequado, para as pessoas que têm o direito de acesso e para a tomada de decisão mais correta.

Atualmente, ainda é comum que empresas e instituições não detem a atenção que a informação documental merece, tratando-a sem prioridade, fazendo de seus arquivos um amontoado de papéis e depósito de coisas inservíveis. Este tratamento à informação documental poderá influir negativamente na vida da organização e ocorre, normalmente, pela falta de conhecimento técnico ou por simples continuidade à cultura institucional.

Em face da Lei Nº 12.527 de 18 de novembro de 2011, também conhecida como Lei de Acesso, muitas instituições da área da saúde têm mantido seus arquivos organizados e com as informações acessíveis, configurando-se em um aspecto positivo para o setor.

Organizações que prestam assistência em saúde, por exemplo, enquadram-se nesta categoria. O Hospital São Donato, ao longo de seus 42 anos de existência, não teve uma gestão que demonstrasse preocupação em implantar a gestão documental do Arquivo Médico, o que dificulta o acesso à informação na atualidade.

Justifica-se a proposta desta pesquisa, considerando os benefícios em preservar as informações contidas nos arquivos médicos, que são de grande valia para a continuação do tratamento do paciente, bem como para o desenvolvimento da ciência, saúde e pesquisa.

Para a Arquivística, esta pesquisa vai ao encontro de novas possibilidades de conhecimento, estudo e valorização do Arquivo Médico. Acredita-se, ainda, que a proposta servirá para despertar, na administração do Hospital São Donato, nova reflexão acerca do Arquivo Médico, além de contribuir com outras instituições hospitalares.

Esta investigação está estruturada em cinco capítulos. No primeiro capítulo, é apresentado o tema e questão de estudo, os objetivos e justificativa que fundamentam a pesquisa, com o propósito de conhecer as condições de acesso a informação no arquivo médico do HSD para propor estratégias de gestão documental para a instituição em estudo.

A fundamentação teórica, no segundo capítulo aborda o conceito de arquivo e apresenta o Serviço de Arquivo Médico e Estatística, apresenta os métodos de arquivamento de prontuários, e descreve as orientações para construção e funcionamento do SAME e sua relação com outros serviços ou setores do hospital, abordando ainda a questão do prontuário do paciente, seu conceito, histórico, função, composição, juntamente com as questões legais que revestem o prontuário como a propriedade do prontuário, a obrigatoriedade de elaboração, tempo de guarda, o sigilo e o acesso às informações.

O terceiro capítulo apresenta a metodologia utilizada para o desenvolvimento da pesquisa.

O quarto capítulo apresenta o histórico do Hospital São Donato, juntamente com o resultado da pesquisa no arquivo médico, seguindo com a proposta de gestão documental com e descrição detalhada de cada atividade.

A Conclusão encerra este trabalho, seguida pelas referências bibliográficas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo estão descritos: a fundamentação teórica pesquisada em publicações, periódicos, textos, artigos e sítios, visando aprofundar o tema proposto na pesquisa buscando um maior entendimento sobre o Serviço de Arquivo Médico e Estatística, as orientações para implantação e funcionamento deste serviço, métodos de arquivamento de prontuários, juntamente com o prontuário médico seu conceito, histórico e características, abordando também a questão o sigilo e o acesso as informações, dando ênfase ao prontuário eletrônico.

2.1 Arquivo e o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)

2.1.1 Arquivo

Arquivo é o conjunto de documentos produzidos, recebidos e acumulados em processo natural por uma unidade, órgão ou organismo no exercício de suas competências, funções e atividades e conservados para servir de referência, informação, prova ou fonte de pesquisa. Schellenberg completa o conceito de arquivo ao afirmar, em sua obra, que é o:

Conjunto de documentos produzidos e/ou recebidos por órgãos públicos, instituições de caráter público e entidades privadas, em decorrência do exercício de atividades específicas; e por pessoa física, qualquer que seja o suporte da informação ou natureza do documento; instituição, serviço e/ou setor que visa ao uso, ao tratamento e à preservação e de documento, móvel utilizado para guarda de documentos. (SCHELLENBERG,1974, p. 10).

Arquivo é todo documento produzido ou recebido por instituições públicas ou privadas no decorrer de suas atividades. Segundo Camargo e Machado (2000, p. 13), "arquivo significa, antes de mais nada, o conjunto de documentos naturalmente acumulados por pessoas ou instituições, em razão das atividades que desenvolvem ao longo de sua existência ou funcionamento".

Afirma Prado (1970 apud MARQUES, 2008, p. 16), que arquivo "é toda coleção de documentos conservados visando à utilidade que poderão oferecer futuramente. Dá-se o nome

de arquivo não só ao lugar onde se guarda a documentação, como à reunião dos documentos guardados”.

Paes (1997, p. 20) destaca características de arquivo "com os seguintes exemplos de variações: “conjunto de documentos”, “móvel para guarda de documentos”, “local onde o acervo deverá ser conservado” e “órgão governamental ou institucional cujo objetivo seja o de guardar e conservar a documentação”.

Contudo, Ferreira (1999 apud MARQUES, 2008, p. 16) ressalta o arquivo como:

Conjunto de documentos manuscritos, gráficos, fotográficos, etc., recebidos ou produzidos por uma entidade ou por seus funcionários, e destinados a permanecer sob custódia dessa entidade ou de seus funcionários ou ainda lugar onde recolhem e guardam esses documentos.

Podemos compreender, com base em Paes (1997, p. 16) que arquivo “é a acumulação ordenada dos documentos, em sua maioria textual, criada por uma instituição ou pessoa no curso de sua atividade, e preservados para a consecução de seus objetivos, visando à utilidade que poderão oferecer no futuro”.

Vale ressaltar que, com a Lei nº. 8.159, de 8 de janeiro de 1991, conhecida como “Lei dos Arquivos”, define-se arquivo como:

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. (BRASIL, 1991).

Santos, Innarelli e Souza (2007 apud MARQUES, 2008, p. 17) esclarecem que,

Atualmente, o conceito de arquivo, difundido nos manuais arquivísticos elaborados em todo o mundo e nos textos legais de vários países, aparece vinculado à noção de cidadania, direito à informação, apoio à administração, à cultura, ao desenvolvimento científico e, ainda, como elemento de prova.

Portanto, é possível afirmar que, no arquivo, são depositados os conjuntos de documentos que são recebidos, produzidos e utilizados por pessoas, por empresas e também por outros órgãos, entidades e organizações e surgem, segundo Bellotto (1991), por razões funcionais, administrativas e legais, e tratam, sobretudo, de provar, testemunhar alguma coisa.

Todas as instituições públicas ou privadas produzem e recebem diariamente diversos documentos e devem manter acessíveis as informações. Em um hospital, o arquivo é chamado

de Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME). O SAME é um conjunto de serviços que inclui o arquivo especializado, que trabalha com o conjunto de documentos referentes ao atendimento prestado, chamado de Prontuário do paciente.

Segundo o Dicionário de Terminologia Arquivística (2005, p. 29), arquivo especializado é o “arquivo cujo acervo tem uma ou mais características comuns, como natureza, função ou atividade da entidade produtora, tipo, conteúdo, suporte ou data dos documentos, entre outras”.

De acordo com Carvalho (1977, p. 468), o SAME é um arquivo especializado que trabalha com:

[...] informações de caráter clínico, constituído basicamente de prontuários produzidos pelo exercício de atividades médico-hospitalares, fornecendo dados relacionados a procedimentos e diagnósticos que possibilitem segurança para as tomadas de decisões, pois informações em saúde são primordiais para o planejamento, a programação e a gestão das intervenções coletivas e individuais.

Quando pesquisamos a origem do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) no Brasil, encontramos dificuldades na pesquisa, devido à falta de bibliografia sobre o assunto. Entretanto, os poucos registros encontrados mostram que, antes do ano de 1943, os arquivos eram separados da estatística médica hospitalar. Somente a partir da junção dos setores em um único órgão formou-se o SAME. A partir desta época, muitos hospitais passaram a adotar tal organização. (CARVALHO, 1977).

Segundo Mezzomo (1977, p.13), “nos Estados Unidos, o Hospital de Massachussets, em 1877 começou arquivar dados clínicos. Em 1897, seria o primeiro hospital a organizar um Serviço de Arquivo Médico e Estatística”.

Carvalho (1977) afirma que o primeiro hospital a criar um SAME no Brasil foi o Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), no ano 1943, sob a responsabilidade Dra. Lourdes de Freitas Carvalho que estudou sistemas de arquivo e classificação de observações médicas nos Estados Unidos, realizando seu estágio em três hospitais, o New York Hospital, no Presbyterian Hospital e no Phyladelphia General Hospital, todos universitários, com a finalidade de que adquirir o máximo de conhecimento.

De acordo com Mezzomo (1977), o segundo SAME foi o da Santa Casa de Santos, em 1945. O terceiro foi o Hospital dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro, Guanabara, não se tem registro do ano.

No passado, o SAME era responsável pela elaboração da estatística hospitalar. A partir da metade da década de 80, 90 a estatística não deixou de existir, mas foi separada do arquivo

devido ao avanço da tecnologia de informação, que possibilita que as estatísticas sejam elaboradas por sistemas de informática, de modo que, em muitos hospitais a função do SAME é apenas a guarda dos prontuários, de modo que são chamados de Serviço de Prontuário do Paciente (SPP) ou Arquivo Médico, já que a estatística não faz mais parte de suas funções.

A função do SAME não se diferencia dos demais serviços técnicos e administrativos da instituição de saúde, pois este tem como objetivo colaborar com os demais serviços no aprimoramento de assistência prestada ao paciente.

O SAME é responsável pela organização, armazenamento e guarda de prontuários médicos, permitindo sua localização sempre que necessário, seja para auditoria administrativa ou auditoria de convênios, atender às solicitações de pacientes, secretarias de saúde, vigilância epidemiológica, responder pedidos judiciais, entre outros.

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME tem por finalidade a manutenção de integridade do conjunto de prontuários pertencentes ao hospital, por meio de atividades desenvolvidas segundo critérios especiais de guarda, classificação, codificação e controle da circulação dos prontuários, bem como necessário sigilo no que se refere ao conteúdo dos mesmos. (PROAHSA, 1978, p. 303).

Em um hospital organizado, o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico é a chave do fornecimento exato de uma série de informações relacionadas à saúde do paciente. Ele representa, em uma analogia ao organismo humano, o coração do hospital. Se os demais serviços funcionarem harmonicamente, ele será o reflexo deste funcionamento.

Para Sounis (1993, p. 23), o SAME tem, por finalidade, "constituir a memória do Hospital", tornando-se, desta forma, um setor muito importante para as instituições de saúde.

2.1.2 Orientações para a implantação e funcionamento do SAME

Ao implantar um Serviço de Arquivo Médico e Estatística, é necessário considerar uma série de fatores que possibilitem um bom funcionamento deste serviço. Também é importante observar o conforto dos colaboradores, devendo funcionar em um ambiente agradável e seguro, além de oferecer espaço e equipamento adequados.

O SAME precisa ser instalado em local estratégico. Carvalho (1977, p. 47) afirma que "o Serviço de Arquivo Médico e Estatística deve estar localizado de maneira a facilitar a

entrega de prontuários de pacientes matriculados no hospital, quer ao ambulatório, quer ao corpo clínico, para estudo e pesquisa”.

Conforme Sounis (1993, p. 25), a melhor localização para o SAME é:

[...] no andar térreo, próximo da entrada principal do hospital, de forma que o Registro Central se situe na área de admissão do ambulatório. É de toda conveniência que esteja localizado em um ponto não muito afastado dos serviços administrativos e da sala de reuniões do corpo clínico com as quais mantém entrosamento.

Uma importante observação acerca da localização do SAME é que este deve proporcionar facilidade para que os médicos utilizem os prontuários em casos de emergência, bem como para completá-los, sempre que for necessário.

Outro ponto interessante a ser considerado na construção e funcionamento do SAME é o tamanho da área destinada ao arquivo. Assim, algumas considerações no que diz respeito à classificação clínica do hospital (Hospital Geral e Hospital Especializado) precisam ser observadas.

No que concerne à classificação clínica do hospital, Sounis (1993, p. 27) destaca:

A) Hospital geral (várias especialidades, hosp. infantil, hosp. militar, hosp. de previdenciários). B) Hospital especializado (hosp. de ortopedia, tuberculose, lepra, doenças nervosas etc). No grupo (b) há ainda a considerar os vários tipos de hospital: hospital sanatório, hospital-colônia, manicômio judiciário etc.

Verificada a classificação clínica do hospital, é importante analisar a média de permanência dos pacientes. É interessante observar que, em um hospital sanatório para tuberculosos, onde são internados doentes crônicos, a média de permanência é muito maior que a de pacientes em um hospital geral. Ao planejar o tamanho do arquivo central, é necessário observar o volume de prontuários a arquivar e o tempo de permanência do paciente no hospital, pois o tamanho do arquivo é proporcional ao tempo de permanência dos pacientes. (SOUNIS, 1993).

O autor também ressalta que o tamanho da sala para o SAME depende do tipo de sistema de arquivamento, do movimento dos ambulatórios, bem como do tempo de conservação dos documentos. Assim, o planejamento do tamanho de um arquivo deve considerar o espaço requerido pelas prateleiras para arquivar determinado número de prontuários por ano. Após este cálculo, deve-se proceder uma estimativa de quantos anos os

prontuários serão conservados no arquivo “ativo”, por exemplo, 10 anos, ou sua substituição por resumos ou microfimes.

Carvalho (1977, p. 49) esclarece que “será aconselhável reservar-se, também, área para o futuro arquivamento dos prontuários com mais de 10 anos e que já não apresentam tanta utilidade ao corpo clínico”.

Quanto ao tamanho do SAME Carvalho (1977, p. 49) destaca uma série de fatores como:

a) sistema de arquivamento dos prontuários; b) tamanho do hospital, isto é, número de leitos para adultos, crianças e berços de recém-nascidos; c) tipo de hospital, isto é, se de curta ou longa permanência; d) tamanho e movimento dos ambulatórios; e) desenvolvimento das especialidades nos ambulatórios; f) tempo de conservação dos prontuários; g) tipo de conservação dos prontuários; h) tamanho dos impressos que compõem os prontuários; i) funções desempenhadas pelo pessoal do serviço e; j) tipo de equipamento usado.

Sounis (1993, p. 27) ainda complementa que, “se por um lado não se pode falar em tamanho-padrão para o SAME, por outro, podem-se estabelecer padrões mínimos que permitam seu regular funcionamento”.

Tão logo seja determinada a área física para o SAME, é necessário planejar os móveis que serão utilizados. Para tanto, é preciso observar o tipo de material, como o aço, pois os móveis deverão ser resistentes. No Brasil ainda existe um número considerável de acervos que utilizam móveis em madeira para a armazenagem de documentos. Nestes casos, é recomendada a aplicação de produtos contra infestações de insetos para diminuir o risco do ataque por agentes biológicos.

O Conselho Nacional de Arquivo (2000, p. 13) recomenda que o mobiliário, nas áreas de consulta e administrativa, deve:

[...] ser de aço ou de madeira tratada contra insetos e fogo. As mesas dos pesquisadores devem ser mais largas do que o usual, tendo em vista a diversidade de formatos e tamanho dos documentos. Todo o mobiliário metálico deve ser fabricado com chapas de aço carbono fosfatizado, com pintura eletrostática, sem apresentar remendos grosseiros ou cantos pontiagudos que possam danificar os documentos ou ferir pessoas.

Ao planejar as estantes para o armazenamento do acervo é importante observar o aproveitamento do espaço. O sistema deslizante ou compacto de estantes (Figura 1) configura-se em uma boa proposta que, além de aumentar o espaço para arquivamento, ainda apresenta a vantagem da proteção do acervo em casos de incêndio.



Figura 1 – Sistema deslizando ou compacto de estantes.
Fonte: Corporation, 2012.

Quanto às vantagens do sistema deslizando de estantes, OFC Tecnologia em Arquivos Corporativos (2012) destaca:

Maior organização; Maior produtividade com o aumento da agilidade na busca das informações; Economia de até 70% do espaço; Controle de acesso; Segurança física de todo o acervo; Ergonomia: Total conforto para o usuário; Maior flexibilidade devido aos componentes internos que se encaixam a qualquer necessidade; Grande facilidade para a ampliação, mudanças de local e upgrades tecnológicos; Componentes intercambiáveis entre todos os modelos de arquivos e Projetos sob medida e especiais para qualquer necessidade de espaço e guarda de materiais.

O Conselho Nacional de Arquivos - CONARQ (2000, p. 14) ainda aponta vantagens e desvantagens que as estantes compactas deslizantes oferecem:

Entre as vantagens estão a economia de espaço e o fechamento para a proteção dos documentos contra a luz e a poeira. Das desvantagens pode-se citar o peso, que requer estrutura especial, a redução da circulação de ar, que pode resultar na proliferação de microorganismos em ambientes não climatizados, e o fato de sempre terem que ser movidos. Os desníveis no piso podem provocar o empenamento.

O CONARQ lançou uma publicação intitulada *Recomendações para a construção de Arquivos* em 2000. Nessa publicação, orienta como devem ser as estantes, bem como a disposição destas no arquivo:

As estantes devem ser instaladas em fileiras geminadas, cada uma com pelo menos 2,20 m de altura. As prateleiras não devem ultrapassar 1,00 m de comprimento e 0,40 m de profundidade. As colunas das estantes devem conter perfurações a cada 0,05 m para permitir a regulagem das prateleiras, que poderão receber documentos acondicionados em diversos tipos e dimensões de embalagens. Cada módulo de estante tem em média de cinco a sete prateleiras. As estantes e seus suportes devem resistir a um peso distribuído de 100 kg/m² de prateleiras. Recomenda-se o emprego

de elementos de reforço com formato em X, e tirantes metálicos interligando os módulos e/ou fixados ao piso, para que tenham mais estabilidade. Deve-se evitar painéis cegos entre os dois lados das prateleiras, de modo a assegurar uma boa circulação de ar. Os corredores entre as estanterias devem ter no mínimo 0,70 m de largura e as passagens em ângulos, 1,00 m de largura. É preciso sempre uma passagem de 0,70 m de largura entre o fim das fileiras e as paredes. Além da circulação de pessoas, é importante também cuidar da circulação do ar e da limpeza dos depósitos, para se evitar a proliferação de microorganismos e insetos. Conseqüentemente, as estantes devem ficar afastadas das paredes no mínimo em 0,30m, e o ideal é manter também uma passagem de 0,70 m para possibilitar inspeções periódicas de infestações. Da mesma forma, a última prateleira deve ter um afastamento mínimo de 0,10 m do piso e o vão livre, acima da estante, ser de no mínimo 0,30 m. (CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS, 2000, p. 14).

Nesta mesma publicação, o CONARQ (2000) ainda ressalta que a distribuição das estantes deve estar de acordo com o projeto de ventilação, iluminação e de extinção de incêndio. As fileiras de estantes precisam ser dispostas no sentido da circulação do ar, de forma a nunca bloquear seu movimento, garantindo ar puro no arquivo.

Após a escolha do mobiliário e a melhor disposição das estantes no arquivo, devem ser consideradas as fontes de luzes.

Toda fonte de luz, seja ela natural ou artificial, emite radiações que danificam os materiais que compõem o acervo documental, já que a luz age sobre o material utilizado para criação do documento, acelerando seu processo de envelhecimento.

Segundo afirma Cassares (2000, p. 15), “o papel se torna mais frágil, quebradiço, escurecido”. As tintas desbotam ou mudam de cor (Figura 2), alterando a legibilidade dos documentos textuais, iconográficos e encadernações.

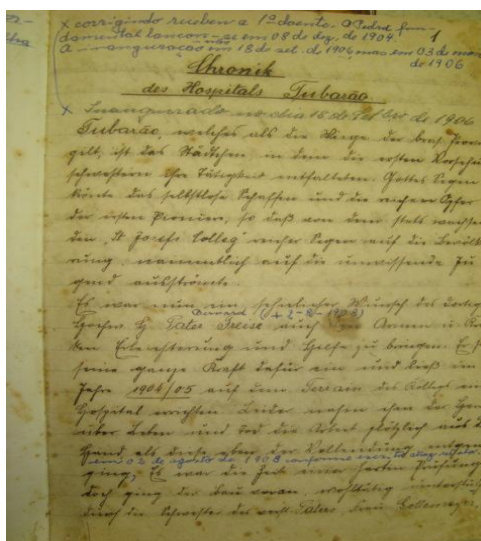


Figura 2 – Documento danificado pela luz.

Fonte: Autor, 2012.

Silva Filho (1993 apud ARAUJO, 2005) declara que a luz solar (UV) não deve incidir diretamente sobre o acervo, bem como a luz branca (lâmpadas fluorescentes), as quais devem ser mantidas a uma boa distância dos arquivos, pois são altamente prejudiciais ao papel, tornando-os escuros (amarelados).

Mesmo com todos os danos causados pelas fontes de luz natural ou artificial, sabemos que, em um arquivo, elas são imprescindíveis, principalmente em locais que utilizam grande quantidade de documentos, evitando a perda ou, ainda, a confusão proporcionada por visibilidade inadequada. Assim, os pontos de iluminação precisam ser planejados de modo que não danifiquem os acervos e, no entanto, não prejudiquem a realização do trabalho.

Conforme Spinelli Junior (1997, p. 31) adverte, “o controle das radiações eletromagnéticas em acervos documentais é feito através de cortinas, persianas, *brise-soleil*¹, filtros especiais para absorção do ultravioleta, filmes refletivos de calor, etc...”

Cassares (2000, p. 16) destaca algumas medidas que podem ser tomadas para a proteção dos acervos:

As janelas devem ser protegidas por cortinas ou persianas que bloqueiem totalmente o sol; essa medida também ajuda no controle de temperatura, minimizando a geração de calor durante o dia. Filtros feitos de filmes especiais também ajudam no controle da radiação UV, tanto nos vidros de janelas quanto em lâmpadas fluorescentes (esses filmes têm prazo de vida limitado). Cuidados especiais devem ser considerados em exposições de curto, médio e longo tempo: não expor um objeto valioso por muito tempo; manter o nível de luz o mais baixo possível; não colocar lâmpadas dentro de vitrines; proteger objetos com filtros especiais e certificar-se de que as vitrines sejam feitas de materiais que não danifiquem os documentos.

A temperatura e a umidade no arquivo também se configuram em importantes características na preservação do acervo documental. São fatores climáticos cujas mudanças provocam danos aos arquivos, principalmente em acervos onde a informação se encontra em suporte papel, além de favorecer a proliferação de insetos e microorganismos.

Sendo um país tropical, o Brasil apresenta temperaturas que podem variar entre 25 e 40°C, e Umidade Relativa - UR entre 65 e 100% (BECK, 1985 apud SILVA, 2010, p. 23).

Como é possível perceber, tais taxas estão acima dos valores 18,3 a 21,1°C e 40 a 50%, sugeridos por Trinkley (2001, p.55 apud SILVA, 2010, p. 23), para o suporte papel.

¹ **Brise-soleil**: expressão francesa cuja tradução literal seria **quebra-sol**, embora seja comum a utilização apenas da palavra **brise** em Português.

A UR, quando muito baixa, age sobre o suporte papel enfraquecendo as fibras, provocando esfarelamento e tornado tal suporte quebradiço (Figura 3).



Figura 3 – Documento esfarelado.
Fonte: Autor, 2012.

Quanto à temperatura e UR, o Conselho Nacional de Arquivos (2000, p. 14) afirma que:

- A faixa segura de umidade relativa é entre 45% e 55%, com variação diária de +/- 5%.
- A temperatura deve também estar relacionada com a umidade relativa.
- A temperatura ideal para documentos é 20° C, com variação diária de +/- 1° C.
- A estabilidade da temperatura e da UR é especialmente importante, e as mudanças bruscas ou constantes são muito danosas.

Ainda no que diz respeito à temperatura e UR, Rodrigues (2007. p. 8) ressalta que o calor:

[...] danifica os materiais e a umidade facilita a proliferação de fungos e de insetos, por isso o ar deve ser constantemente renovado, com janelas amplas e posicionadas adequadamente, sem corrente direta nos materiais, mas proporcionando a devida movimentação do ar. Deve ser evitada a conjunção temperatura elevada/umidade.

Para o controle de temperatura e UR é aconselhável a utilização de sistemas de climatização, quando não for possível, recomenda-se o uso de umidificadores, desumidificadores, exaustores e ventiladores, com os quais se pode alcançar bons resultados. (CONARQ, 2000).

O autor supracitado ainda afirma (p. 9) que “a ventilação natural ou forçada com ventiladores controla simultaneamente a temperatura e a umidade e deve ser usada na falta dos equipamentos recomendados”.

A respeito do sistema climatização, o Conselho Nacional de Arquivos (2000, p. 15) recomenda que:

O sistema de climatização deve ser independente para as áreas de depósitos, pois devem atender às necessidades de preservação dos documentos ali armazenados e manter condições estáveis, exigindo que os equipamentos funcionem sem interrupção. Já nas áreas de trabalho e para o público, onde os parâmetros devem respeitar as condições de conforto humano, os equipamentos podem ser desligados quando não há funcionamento das atividades rotineiras e de atendimento ao público. Isso significa uma considerável redução de custos.

Após escolher a área física para o arquivo, levando em consideração a iluminação, temperatura, UR juntamente com o sistema de climatização e a posição das estantes devemos escolher o método de arquivamento para o acervo.

2.2 Métodos de arquivamento de prontuários

A escolha do método de arquivamento para os prontuários é de suma importância para o hospital, pois estes devem ser disponibilizados de forma ágil, quando requeridos.

Segundo Mello (1994 apud ARAUJO, 2005, p. 33), “todo prontuário deve ser arquivado de maneira uniforme que facilite sua localização mais rápida no momento que solicitado”. Assim, o método de arquivamento do prontuário pode ser em forma de Arquivo alfabético, onde o prontuário é arquivado pelo nome do paciente, seguido pelo sobrenome ou, ainda, pode ser arquivado pelo sobrenome, seguido pelo nome.

Em hospitais que utilizam o método de Arquivo Alfabético, é importante dispor de um fichário índice contendo o número do cadastro do paciente. Desta forma, sempre que o paciente voltar ao hospital, o prontuário será arquivado juntamente com o anterior. Sounis (1993, p. 66) ainda chama a atenção para o Arquivo Alfabético quando afirma que este “acarreta alguns inconvenientes, entre os quais a necessidade de atender com muito mais rigor às letras do alfabeto, como ainda a confusão que pode ocorrer pelo grande número de nomes parecidos, dificultando a localização dos prontuários”.

O Método Alfabético é fácil de aprender, contudo, torna difícil para localizar o prontuário, tanto pela grande quantidade de indivíduos homônimos quanto pela grafia de alguns nomes como, por exemplo: Rute – Ruth, Haroldo – Aroldo.

Outra forma de arquivar prontuários é através da Ordem Cronológica. Este método é baseado na ordem dos acontecimentos e, em se tratando de um hospital, pode ser utilizado tanto a data da admissão do paciente, quanto da alta. A desvantagem de tal método é que nem sempre a data informada está exata. É importante ressaltar que em um dia ocorre um número significativo de admissões e altas, que contribui para a dificuldade de localização. Além disso, cada vez que o paciente retorna ao hospital, seu prontuário é arquivado em local diferente e, se um paciente utiliza os serviços do hospital com frequência, haverá maior dificuldade de localização dos dados deste paciente, acarretando em aumento de tempo necessário para disponibilizar a informação solicitada ao SAME.

Além dos métodos de arquivamento Alfabético ou Cronológico, o método Numérico também pode ser utilizado. Neste método, que pode configurar-se em uma sequência única ou sistema terminal, utilizamos o registro do paciente para arquivar o prontuário.

De acordo com Araujo (2005, p. 24), “este sistema é o mais recomendável devido possibilitar de maneira rápida, segura e eficiente, a localização dos prontuários requeridos”. Neste método de arquivamento, podemos utilizar o dígito numérico seqüencial ou convencional. Tal método consiste em arquivar o prontuário utilizando a seqüência do número do registro do paciente da esquerda para a direita.

Afirma Mezzono (1977, p. 137) que o método seqüencial é “o sistema mais usado e mais simples. Não exige nenhuma técnica especial, consiste em localizar-se um em seguida do outro, cada prontuário que chega ao Arquivo, segundo a ordem numérica crescente do registro. É a ordem seqüencial contínua”. Entretanto, embora esta forma de arquivamento não exija muita habilidade para arquivar, apresenta algumas desvantagens.

O número de erros aumenta, devido ao volume e a facilidade de confundir os números, os prontuários com numeração mais alta são os mais ativos, acarretando assim um acúmulo de pessoal para arquivar e desarquivar prontuários; dificilmente o trabalho poderá ser dividido entre os funcionários para arquivá-los e desarquivá-los; é impossível responsabilizar um funcionário por uma determinada seção e a impossibilidade de errar aumenta em proporção direta à medida que se considera maior número de dígitos. (ARAUJO, 2005, p. 35).

Outra possibilidade de uso do arquivo numérico é através do dígito terminal. Este método de arquivamento consiste em dividir o número do registro em partes, sendo que os primeiros números a serem considerados são os dois últimos algarismos do registro do paciente, chamados de Dígitos Terminais Primários; em seguida, são considerados os outros números que compõem o registro, chamados de Dígitos Medianos Secundários e os Dígitos Iniciais Terciários (Quadro 1).

Exemplo: José Carlos da Silveira – Número do Registro 200570

Divisão em Dígitos	20	05	70
Denominação dos Dígitos	Dígitos Iniciais Terciários	Dígitos Medianos Secundários	Dígitos Terminais Primários
Localização	Seqüência da pasta ou envelope	Prateleira ou escaninho	Estante

Quadro 1 - Divisão do dígito terminal.

Fonte: Autor, 2012.

De acordo com o quadro, o prontuário do paciente será arquivado na estante de número 70, prateleira 05, na seqüência 20 da pasta ou envelope.

Outra possibilidade seria utilizar apenas um número para o Dígito Mediano Secundário (Quadro 2). Desta forma, teríamos:

Divisão em Dígitos	200	5	70
Denominação dos Dígitos	Dígitos Iniciais Terciários	Dígitos Medianos Secundários	Dígitos Terminais Primários
Localização	Seqüência da pasta ou envelope	Prateleira ou escaninho	Estante

Quadro 2 – Outra forma de Divisão do dígito terminal.

Fonte: Autor, 2012.

Seguindo a divisão do Dígito Terminal do quadro acima, o prontuário será arquivado na estante de número 70, prateleira 5, seqüência 200 da pasta ou envelope.

Araujo (2005, p. 35) destaca as vantagens do Dígito Terminal:

[...] todas as seções aumentam uniformemente; o número de erros de arquivamento se reduz a um mínimo; o trabalho do arquivo poderá ser distribuído de forma igual entre os arquivistas; facilita a supervisão do arquivo central; se ganha tempo arquivando e retirando prontuários. Calcula-se o rendimento em relação ao método convencional em aproximadamente 35%.

Como desvantagem, a autora afirma que este método “requer mais tempo de treinamento do pessoal porque é mais complexo; requer a compra de material inicial de equipamentos completos”. (ARAUJO, 2005, p. 37).

A mesma autora destaca ainda que o Método Dígito Terminal pode ser simples (Tabela 1) ou composto (Tabela 2), e aconselha a utilização de pastas ou envelopes coloridos para cada seqüência numérica, pois facilita o arquivamento e a retirada de prontuários e diminui a possibilidade de erros de arquivamento, desde que os prontuários, em cada divisão do arquivo, possuam sua própria combinação de faixas coloridas na borda. (ARAUJO, 2005).

Numeração	Cor
00 a 09	Azul
10 a 19	Amarelo
20 a 29	Preto
30 a 39	Verde
40 a 49	Rosa
50 a 59	Cinza
60 a 69	Laranja
70 a 79	Azul Claro
80 a 89	Vermelho
90 a 99	Roxo

Tabela 1 - Numeração colorida do sistema DTS.
Fonte: Araujo, 2005.

Numeração	Cor
0	Verde
1	Vermelho
2	Azul
3	Laranja
4	Roxo
5	Cinza
6	Amarelo
7	Marrom
8	Rosa
9	Preto

Tabela 2 - Numeração colorida do sistema DTC.
Fonte: Araujo, 2005.

A utilização de pastas ou envelopes com cores diferentes, além de facilitar a localização dos prontuários, ajuda a eliminar os erros ao arquivar.

2.3 A relação do SAME com outros serviços ou setores do hospital

O SAME é responsável pela guarda, preservação e disponibilização dos prontuários no hospital. Desta forma, este serviço precisa manter uma boa relação com o corpo clínico, com

o objetivo de facilitar o preenchimento de dados ou assinaturas faltantes nos prontuários dos pacientes atendidos no hospital.

Para Carvalho (1977), cabe ao SAME procurar o médico responsável e solicitar os preenchimentos quando este órgão de arquivamento observa que os dados do paciente não foram devidamente preenchidos. Caso não seja atendido, o prontuário deve ser encaminhado à Comissão de Prontuários, que ficará encarregada de chamar o médico negligente para a realização do preenchimento. Caso esse se recuse, o caso deverá ser levado à direção do Hospital para sanar as irregularidades.

Nos grandes hospitais ou, ainda, nos Hospitais de Ensino², é comum os prontuários serem preenchidos por médicos residentes sob a orientação do médico responsável pelo paciente.

Carvalho (1977) ainda informa que compete ao SAME esclarecer a este grupo e, sempre que possível, a todos os membros do corpo clínico, a enorme importância que as histórias clínicas completas têm para o desenvolvimento da saúde, ciência e pesquisa.

Além do entrosamento com o corpo clínico, o SAME ainda precisa manter boa relação com o serviço de enfermagem, orientando os profissionais dessa área sobre a necessidade das anotações referentes à continuação dos serviços, como sintomas e reações apresentadas pelo paciente na ausência do médico. Todo comportamento ou atitudes do paciente devem ser registrados no prontuário por esses profissionais.

Cabe ao SAME orientar esse grupo, além da necessidade, o valor da existência de relatórios completos da observação do paciente. Sempre que necessário, devem ser organizados treinamentos ou, até mesmo, conversar individualmente com o profissional para orientar ou corrigir possíveis erros nas anotações referentes ao paciente. (CARVALHO, 1977).

Outro setor de grande importância para a atuação do SAME é a Assessoria Jurídica da Instituição. Junto da mesma é possível obter os esclarecimentos sobre diversas situações relacionadas com a legislação que regulamenta a guarda do prontuário médico, em especial quanto à guarda e disponibilização de informações nele constantes. Igualmente, o SAME representa, para a Assessoria Jurídica da Instituição, um importantíssimo banco de dados, onde são obtidas informações de relevância para a elaboração de defesas em processos judiciais nos quais a instituição é questionada sobre a atuação médico e/ou hospitalar.

Nos documentos guarnecidos pelo SAME, a Assessoria Jurídica encontra desde os

² **Hospitais de Ensino:** o mesmo que Hospital Universitário ou Hospital Escola, que colabora com instituições de ensino para a formação dos profissionais da área da saúde.

dados pessoais do paciente e de seu responsável, até detalhes inerentes ao atendimento disponibilizado. Ainda é importante salientar que, além do atendimento das solicitações à assessoria jurídica do hospital, atualmente, o SAME tem sido um grande banco de dados para o próprio Poder Judiciário.

Além do relacionamento do SAME com a assessoria jurídica, outro aliado é o Serviço Social. No momento da admissão do paciente no hospital, o Setor de Registro coleta informações referente aos dados sociais. Quando observados fatos relevantes, o SAME contata o Serviço Social, que colherá informações e auxiliará com orientações a respeito dos direitos do paciente perante o Estado, INSS ou, ainda, outros órgãos, como Conselho Tutelar, delegacias, entre outros.

O SAME também é grande aliado do Serviço de Atendimento ao Cliente. Este relacionamento é necessário quando o paciente ou seu responsável retorna ao hospital para solicitar informações ou, ainda, realizar reclamações referentes ao atendimento recebido.

Em casos de reclamações, o SAC solicitará ao SAME o prontuário do atendimento para analisar a veracidade da reclamação mediante as anotações do prontuário. Para ilustrar uma situação, podemos citar que o paciente, durante o atendimento ou após a alta, procura o SAC para reclamar que o médico ficou mais de três dias sem assistí-lo. Então, o SAC solicita ao SAME a disponibilização do prontuário para conferir as datas e as evoluções do paciente.

Quando há dedicação de estudo do SAME, o prontuário do paciente configura-se em um dos principais documentos a ser analisado.

2.4 O prontuário do paciente, história e perspectivas

2.4.1 Conceitos, evolução e características

Segundo o dicionário Aurélio, prontuário é o lugar onde se guardam ou depositam coisas das quais se podem necessitar a qualquer instante; ficha (médica, policial, etc.) com os dados de uma pessoa.

A palavra prontuário origina-se do Latim *promptuarui*, que significa lugar onde se guardam ou depositam coisas que devem estar à mão, de que se pode precisar a qualquer momento.

Segundo Teixeira (2007, p. 20), o prontuário do paciente "é um conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinados ao registro dos cuidados médicos, paramédicos e multidisciplinares prestados ao paciente pelos estabelecimentos de saúde".

Conforme Carvalho (1977, p. 7), o prontuário é definido como "o relatório escrito ordenadamente das queixas do paciente, história, exame físico, exames complementares, tratamento e resultados finais".

Para o Conselho Federal de Medicina - CFM (2002), o prontuário do paciente é definido pela Resolução nº 1.639, no seu artigo primeiro, como:

Documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Então, é possível afirmar que o prontuário do paciente é o documento legal que relata, com exatidão, a trajetória médica do paciente, desde sua admissão até sua alta em um estabelecimento de saúde.

Ao buscar a origem do prontuário do paciente, Carvalho (1977, p. 141) esclarece que tal origem confunde-se "com a História da Medicina, pois, sinais evidentes encontram-se desde a Idade da Pedra, em que dedos amputados eram gravados em murais, 25.000 anos a.C."

Podemos atribuir a origem do prontuário ao primeiro médico egípcio Imhotep (3000 – 2500 a.C.), considerado o patriarca da Medicina, pois a ele foi atribuída a autoria do famoso papiro de Edwin Smith, que recebe este nome em razão de ter sido quem adquiriu o papiro, não se sabe se através de uma troca legítima feita com um comerciante, ou através de uma negociação ilegal com saqueadores de tumbas. (CASTRO, 2007).

Neste papiro contém, em ambos os lados, a descrição de 48 casos cirúrgicos, divididos em quatro ou cinco seções: título, exame, diagnóstico, tratamento (se recomendado) e um glossário (com explicações de termos obscuros). São descritos de forma sistemática de acordo com a parte do corpo afetada, iniciando pela cabeça, descendo pelo tórax e espinha, onde o documento é interrompido. Dos 48 casos, 27 concentram lesões na cabeça (caso 1-27); 6, lesões do pescoço e garganta (casos 28-33); 2, lesões na clavícula (casos 34 e 35); 3, lesões ao braço (casos 36-38); 8, lesões ao esterno, costelas ou peito (casos 39-46); 1, lesão às costas

(caso 47) e 1 deles, lesão na espinha lombar (caso 48). Esse papiro é considerado, por alguns, a pré-história clínica. (Figura 4). (CASTRO, 2007).



Figura 4 - Papiro com registros de procedimentos médico.
Fonte: Cultura Egípcia, 2010.

Carvalho (1977, p. 141) afirma que “Hipócrates (Figura 5) nasceu em 460 a.C e representa o pai da Medicina, pois foi o primeiro a praticá-la com base em princípios científicos”.

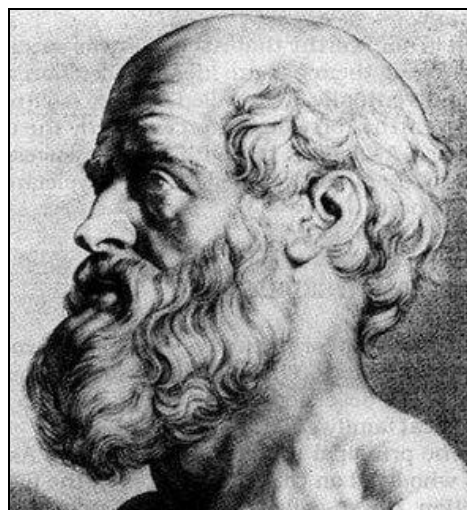


Figura 5 – Hipócrates.
Fonte: A História, 2012.

A mesma autora ainda afirma que Hipócrates se destacou por seu espírito de observação, concentrando-se na história, sintoma e exame físico, descrevendo conclusões

sobre diagnósticos, reconhecidos como perfeitos até os dias atuais. Ele foi o idealizador do juramento de fé que os profissionais fazem até hoje no momento da formatura.

Desde a criação do primeiro prontuário pelo egípcio Imhotep, este vem sendo grande aliado para o desenvolvimento da Medicina. Atualmente, o prontuário tornou-se valioso instrumento não apenas para o paciente, mas também para o médico e demais profissionais que o atenderam, também para as unidades prestadoras dos serviços de saúde, sejam elas clínicas, consultórios ou hospitais. O prontuário fornece dados para pesquisas e estudos e, também para os serviços de auditorias internas e externas que fazem a fiscalização da qualidade do atendimento oferecido.

Segundo Mezzomo (1977, p. 111), o prontuário "possibilita atendimento e tratamento mais rápido e eficiente, mediante os dados em registro, simplifica e dispensa interrogatório e exames complementares já realizados, com redução do custo de atendimento e do tempo de permanência hospitalar".

Além de servir como testemunho do atendimento prestado ao paciente, o prontuário apresenta outras vantagens, podendo ser utilizado para auxiliar no diagnóstico médico. Com base nas informações dos profissionais de saúde que atendem o paciente, é possível compreender facilmente a evolução do quadro clínico, o que oferece maior segurança no estabelecimento do diagnóstico e da terapêutica a ser empregada.

Para o paciente, o prontuário torna-se necessário para dar continuidade ao atendimento recebido e para verificar a qualidade com que os serviços de saúde estão sendo realizados.

Água Viva (2012) destaca a importância do prontuário para o paciente, pois os dados contidos:

[...] possibilitam um atendimento, diagnóstico e tratamento mais rápidos, eficientes e econômicos, sempre que houver necessidade de reinternação ou transferência de setores de outras especialidades. Representa, para o paciente, o grande instrumento de defesa, em caso de possíveis prejuízos e de reivindicação de direitos perante o médico, o hospital e os poderes públicos.

Além dos dados registrados pelos profissionais que atenderam o paciente, também constam no prontuário a prescrição de todos os materiais e medicamentos que foram ministrados, equipamentos utilizados e procedimentos realizados no paciente, o que servirá de base para os setores de faturamento e contabilidade, além de eventual auditoria. (TEIXEIRA, 2007).

Para Possari (2005), os dados que constam no prontuário podem reduzir o uso indevido dos equipamentos e serviços, além de evitar gastos desnecessários com a repetição de exames já realizados.

Para as instituições de saúde, o prontuário configura-se em prova eficiente quando estas são questionadas judicialmente pelos serviços prestados ao paciente.

Quanto à função do prontuário para realizar a defesa das instituições de saúde Teixeira (2007, p 24) ressalta:

Atualmente, esta é uma das funções mais importantes (senão a mais) do Prontuário do Paciente. Será com base neste documento que os profissionais e estabelecimentos de saúde serão julgados quando questionados por eventual “erro” na prática da medicina (ou outras atividades), ou por algum resultado atípico ou indesejado. Somente o prontuário bem feito terá a eficácia de comprovar a regularidade dos serviços realizados nos pacientes. Prontuários mal feitos servirão para punir profissionais e estabelecimentos de saúde que não cumprem com suas obrigações a contento. Basicamente, o Prontuário do Paciente será utilizado em questionamentos judiciais (ação civil de indenização, inquérito policial e ação penal) e administrativos (processo disciplinar nos Conselhos de Classe).

O mesmo autor também destaca que o prontuário serve para analisar a competência, deficiência ou eficiência do trabalho dos profissionais multidisciplinares de saúde que atendem o paciente. Desta forma, nele deverão constar os registros de todos os cuidados ministrados, pois é através do prontuário que o profissional da saúde poderá elaborar atestados e relatórios do estado clínico do paciente. Também através deste instrumento serão colhidas as informações para o controle de epidemias que possam atingir a sociedade. Com base nas informações constantes do prontuário, profissionais da saúde podem colher informações técnicas que servirão de estudos e constituirão bases para novas pesquisas científicas e ensino.

Água Viva (2012) destaca a função do prontuário para a pesquisa, por que:

[...] possibilita o conhecimento de inúmeros casos com todas as variáveis antecedentes, concomitantes e consequentes da enfermidade; facilita o estudo de diagnóstico e avaliação da terapêutica; é campo para pesquisa e fonte para os mais diversos dados estatísticos de incidências e prevalências, de morbidade e mortalidade e torna possível verificar e comparar as diferentes condutas terapêuticas e estabelecer uma análise comparativa da eficiência.

Sendo o prontuário o conjunto de documentos referentes ao atendimento do paciente, Teixeira (2007, p. 25) destaca os elementos mínimos que devem integrá-lo:

- ficha de anamnese; exames físico e clínico; histórico, registros, diagnósticos, prescrição, ocorrências, evolução, anotação e relatório da assistência do pessoal da enfermagem; ficha de evolução do estado de saúde do paciente; ficha de prescrição terapêutica; ficha de registro de resultados de exames laboratoriais, complementares e de outros métodos diagnósticos auxiliares; relatório de anestésias e cirurgias; lâminas e laudos cito-histopatológicos ou anatomopatológicos; cópias de atestados e de solicitação de exames radiológicos.

A Resolução 1.638/02 do CFM destaca os itens que deverão, obrigatoriamente, constar no prontuário do paciente:

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.

Por suas inúmeras funções, cabe ressaltar a importância de um preenchimento eficiente, pois é no prontuário do paciente que o Poder Judiciário analisará a existência ou não de culpa do profissional ou estabelecimento de saúde que realizou o atendimento, além servir como base no tratamento ou na evolução do diagnóstico do paciente.

Conforme Teixeira, um prontuário mal elaborado acarreta danos ao paciente no tratamento de seu diagnóstico.

Um prontuário mal elaborado não traz apenas prejuízo para o paciente, o que de fato é o mais grave, traz implicações na avaliação do acompanhamento das doenças e na sua estimativa sobre consultas ou internamentos anteriores, além de subverter os dados comparativos de interesse do serviço. (TEIXEIRA, 2007, p. 27).

O prontuário é um documento que envolve diversas leis, resoluções e pareceres. Desta forma, ao buscar informações sobre o tempo de guarda dos prontuários médicos, surgem inúmeras dúvidas. É importante destacar que os pareceres do CFM, referem-se a casos específicos e, assim como suas resoluções, não apresentam valor normativo ou de lei, mas apenas configuram-se em recomendações. Assim, o tempo de guarda dos prontuários vai depender de cada instituição.

O Art. 8º da Resolução do CFM nº 1.821/07 estabelece que o prontuário seja preservado “pelo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários dos pacientes em suporte de papel e que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado”.

Para tentar estabelecer o tempo de guarda do prontuário médico, o CONARQ, através da Portaria nº 50, de 9 de abril de 2001, criou o Grupo de Trabalho sobre Arquivos Médicos (GTAM), destinado a "realizar estudos, propor diretrizes e normas no que se refere à organização, à guarda, à preservação, à destinação e ao acesso de documentos integrantes de arquivos da área médico-hospitalar". O referido Grupo de Trabalho, de caráter interdisciplinar, é formado por profissionais do Ministério da Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz, de instituições universitárias e hospitalares, e conta com a participação do CFM, representado pelo Dr. Cantídio Drummond Neto, do Rio de Janeiro.

Em documento intitulado "Considerações e Diretrizes para Estabelecer a Temporalidade e Destinação dos Prontuários de Pacientes" protocolado no CFM sob o nº 2.727/2002, de 28/5/2002, o GTAM expõe algumas análises e apresenta propostas inovadoras, das quais destacamos:

As unidades que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos de prontuários de pacientes deverão implantar Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileira (a Resolução CONARQ nº 7/1997, a NBR 10.519/88 da ABNT e o Decreto nº 4.037/2002, que regulamenta a Lei de Arquivos – Lei nº 8.159/91). Além disso, deverão implantar, também, Comissão de Revisão de Prontuários, prevista na Resolução CREMERJ nº 41/1992. (CFM nº 1.401/2002).

Assim, fica estabelecido que toda instituição de saúde que presta assistência médica deverá criar a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, que ficará responsável em avaliar, de forma rigorosa, a eliminação do prontuário após o prazo de vinte anos.

[...] a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, após consulta à Comissão de Revisão de Prontuários, deve elaborar e aplicar critérios de amostragem para a preservação definitiva dos documentos que apresentem informações relevantes do ponto de vista médico-científico, histórico e social. (Estes critérios podem ser o registro de procedimentos considerados inovadores, práticas alternativas para tratamento de patologias, incidência de determinadas patologias por ano, sexo e/ou idade; patologias graves e de incidência frequente, patologias graves e de causas desconhecidas, dentre outros critérios julgados de interesse para a pesquisa científica e a preservação da memória institucional e social). (CFM nº 1.401/2002).

No mesmo documento, o GTAM ressalta que:

O prontuário do paciente, embora possua elementos que o caracterizam como documento de valor secundário, não deve ter, na sua totalidade, destinação final para guarda permanente, ressalvando-se os casos previstos no art. 169 do Código Civil (Estabelece que não ocorre prescrição contra menores de 16 anos e incapazes).

Cabe destacar, ainda sobre prescrição, o disposto no Código Civil Brasileiro, em seus artigos 169 e 177, que rezam:

Código Art. 169 - Também não ocorre prescrição:

I – contra os incapazes de que trata o art. 5º (*);

II – contra os ausentes do Brasil em serviço público da União, dos Estados, ou dos Municípios;

III – contra os que se acharem servindo na armada e no exército nacionais, em tempo de guerra.

[(*) Art. 5 – São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

I – os menores de dezesseis anos;

II – os loucos de todo o gênero;

III – os surdos-mudos, que não puderem exprimir sua vontade;

IV – os ausentes, declarados tais por ato do juiz.

[...]

Art. 177 - As ações pessoais prescrevem ordinariamente em vinte anos, as reais em dez entre presentes e, entre ausentes, em quinze, contados da data em que poderiam ter sido propostas.

Conforme o exposto é possível estabelecer que o tempo mínimo de guarda do prontuário médico é de vinte anos a partir do último registro de atendimento do paciente. Após este prazo caberá à Comissão Permanente de Avaliação de Documentos decidir quais prontuários serão preservados, considerando o disposto nos artigos nº 169 e 177 do Código Civil Brasileiro.

2.4.2 Propriedade, sigilo e acesso ao prontuário

Atualmente um dos assuntos que rodeiam o prontuário é a propriedade deste, a quem pertence o prontuário, ao médico e demais profissionais que o criaram, ou ao paciente a qual a informação pertence. No que diz respeito à propriedade do prontuário, Teixeira (2007, p. 53) afirma que o prontuário possui três “donos”, ficando sob a guarda de um deles, a saber:

Ao Paciente – conforme prevê a Res. CFM nº 1.639/02: Considerando que os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitado por ele ou seu representante legal,

permitam o fornecimento de cópias autênticas das informações a ele pertinentes. **Ao Médico e/ou ao Profissional de Saúde** – o prontuário do Paciente é elaborado pelo médico (e também por outros profissionais de saúde) que coleta diversas informações sobre o paciente relativas a seu estado de saúde ou doença oriundas de anamnese, exame clínico e exames laboratoriais, radiológicos e/ou outros. O prontuário pertence tanto ao paciente quanto ao profissional da saúde, pois ele registra o serviço prestado por este quando do atendimento daquele. **Ao Estabelecimento de Saúde** – o prontuário do paciente também pertence à casa de saúde onde foi elaborado, pois comprova a prestação de serviços da instituição, cabendo a ela a sua guarda. Entenda-se que o prontuário original, na sua totalidade ou em partes, não deve ser fornecido aos solicitantes, pois é um documento que, obrigatoriamente, precisa ser arquivado pela entidade que o elaborou.

Desta forma, é possível afirmar que o médico também é proprietário do prontuário do paciente, pois este foi criado a partir dos dados registrados em decorrência de seu ofício. Sendo o prontuário um documento revestido pelo sigilo, o médico não pode revelar a outrem informações relacionadas ao atendimento prestado ao paciente.

Assegurando o sigilo de informações relacionadas ao paciente, o novo Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1931/2009), em seus Art. nº 73 a 79, informa que é vedado ao médico:

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

Art. 74. Revelar sigilo profissional relacionado à 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.

Ainda em relação ao acesso às informações em instituições públicas ou privadas, é importante lembrar que, no Brasil esse direito é garantido pela Lei nº 8.159 de 8 de janeiro de 1991, que define arquivo como: "unidade administrativa cuja função é a de reunir, ordenar, guardar e dispor para o uso conjuntos de documentos, segundo os princípios e as técnicas arquivísticas". A mesma Lei também dispõe sobre a política nacional de arquivos, afirmando ser de responsabilidade 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 elemento de prova e informação.

Ainda conforme a mesma Lei, em seu Capítulo I, o Art. 4º ressalta que:

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 cujo 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.

Ainda assegurando o direito de acesso às informações contidas em arquivos de instituições públicas, foi criada a Lei nº12.527 de 18 de janeiro de 2011, conhecida como Lei de Acesso. Quanto às instituições que estão subordinadas à referida Lei, no Capítulo I, artigo 2º, é possível observar que:

Aplicam-se as disposições desta Lei, no que couber, às entidades privadas sem fins lucrativos que recebam, para realização de ações de interesse público, recursos públicos diretamente do orçamento ou mediante subvenções sociais, contrato de gestão, termo de parceria, convênios, acordo, ajustes ou outros instrumentos congêneres.

Desta forma, todas as instituições que se utilizam de verba Federal para o desenvolvimento de atividades de interesse público fica subordinada à referida Lei.

No que diz respeito às informações pessoais, a mesma Lei, em seu Art.31, informa que “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”.

Quanto ao acesso a terceiros, o Art. 31, Inciso II expõe que as informações “poderão ter autorizada sua divulgação ou acesso por terceiros diante de previsão legal ou consentimento expresso da pessoa a que elas se referirem”.

O mesmo Artigo, em seu Parágrafo 3º, informa que:

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.

Desta forma, torna-se claro que o acesso às informações consideradas de intimidade e vida privada pode ser fornecido a terceiros sem a autorização expressa do proprietário da informação, caso este esteja fisicamente impossibilitado ou legalmente incapaz. Entretanto, a lei especifica que o acesso à informação será para uso exclusivo de tratamento médico. Ainda no que tange o acesso por terceiros, fica autorizada a consulta às informações com as mesmas características expostas acima, desde que sejam utilizadas para o desenvolvimento de estatística e pesquisa científicas, contudo, o pesquisador fica proibido de divulgar o nome ao qual a informação se refere.

Quanto ao uso indevido da informação, o Art.31, Parágrafo 2º, ressalta que “aquele que obtiver acesso às informações de que trata este artigo será responsabilizado por seu uso indevido”.

De acordo com o art. 5º, inciso X da Constituição Federal, no que se refere às informações relacionadas ao paciente, são "invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação". (BRASIL, 2002, p. 4).

Desta forma, aquele que obtiver acesso às informações contidas no prontuário e usá-las indevidamente, poderá ser responsabilizado e responder por violação da intimidade, ficando sujeito a pagar indenização à pessoa a quem se referem às informações.

2.4.3 O prontuário eletrônico

A grande importância do prontuário aliado com a evolução dos sistemas de informática, fez com que este deixasse de ser produzido apenas em suporte papel, alcançando o meio eletrônico.

O prontuário eletrônico é um registro que contém informações referentes ao atendimento prestado ao paciente no estabelecimento de saúde.

De acordo com o Institute of Medicine (IOM, 1997 apud MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003), entende-se que o prontuário eletrônico do paciente é “um registro eletrônico que reside em um sistema especificamente projetado para apoiar os usuários, fornecendo acesso a um completo conjunto de dados corretos, alertas, sistemas de apoio à decisão e outros recursos, como links para bases de conhecimento médico”.

Segundo Murf, Hanken e Waters (1999 apud COSTA, 2001. p.9) o prontuário eletrônico do paciente é:

[...] um registro eletrônico de saúde, é qualquer informação relacionada com o passado, presente ou futuro da saúde física e mental, ou condição de um indivíduo, que reside num sistema eletrônico usado para capturar, transmitir, receber, armazenar, disponibilizar e manipular dados multimídia com o propósito primário de um serviço de saúde.

Massad, Marin e Azevedo Neto (2003, p. 6) afirmam que o “prontuário eletrônico é um meio físico, um repositório onde todas as informações de saúde, clínicas e administrativas, ao longo da vida de um indivíduo estão armazenadas”.

De acordo com Marim (2003 apud POSSARI, 2005), o prontuário eletrônico descreve e registra a cadeia de eventos, desde a entrada do paciente no sistema até os serviços prestados, receitas médicas, alertas, imagens, procedimentos, exames, além das evoluções dos profissionais que prestaram atendimento ao paciente.

A proposta básica do prontuário eletrônico do paciente é unir todos os diferentes tipos de informações produzidas em diversos formatos, em épocas diferentes, feitos por diferentes profissionais da equipe de saúde em distintos locais. Em resumo, é uma estrutura eletrônica para manutenção de informações sobre o estado de saúde e o cuidado recebido por um indivíduo durante todo seu tempo de vida. (MARIM, 2003 apud POSSARI, 2005).

Ao analisar as vantagens e desvantagens do prontuário em formato eletrônico, Mota (2005) afirma que existe um forte consenso entre os profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, e outros profissionais de áreas administrativas, de que o prontuário eletrônico trouxe inúmeras vantagens.

São numerosas as vantagens de um prontuário eletrônico em relação ao baseado em papel, que vão desde questões ligadas ao melhor acesso, até maior segurança e, principalmente, oferta de novos recursos, os quais são impossíveis de existir no prontuário em papel, tais como: apoio à decisão, troca eletrônica dos dados entre instituições, etc. É importante destacar que, ao contrário do que se imagina, o PEP é muito mais seguro e tem maior possibilidade de manter a confidencialidade do que os prontuários em papel, aos quais o risco de acesso não autorizado ocorrer é maior que em um sistema eletrônico. (COSTA, 2001, p. 11).

De acordo com Sittig (1999 apud MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003), algumas vantagens do prontuário em formato eletrônico é o acesso remoto e simultâneo, que permite o acesso de vários profissionais a um mesmo prontuário, a legibilidade da informação, já que registros feitos à mão são, muitas vezes, difíceis de serem lidos. Além

destas vantagens, é importante destacar a confidencialidade dos dados do paciente, tendo em vista que o acesso ao prontuário pode ocorrer através de direitos dos usuários. Ainda vale ressaltar que o acesso pode ser monitorado freqüentemente, bem como a captura automática de dados, pois os dados fisiológicos podem ser automaticamente copiados de equipamentos de imagens e resultados laboratoriais, evitando erros de transcrição e, ainda, a possibilidade de impressão de relatórios com dados do paciente ser oriundos de diversas fontes, com diferentes formatos, de acordo com o objetivo de apresentação, como gráficos, listas, tabelas, imagens isoladas, imagens sobrepostas, entre outros.

O uso do prontuário eletrônico trouxe inúmeros benefícios para as instituições de saúde. Contudo, há os que afirmam que também trouxe desvantagens. Neste sentido, Mota (2005, p. 83) ressalta que, “em termos de Prontuário Eletrônico, parece haver consenso de que as vantagens são maiores que as desvantagens”.

Assim, podemos afirmar que a utilização do prontuário eletrônico trouxe inúmeras vantagens. Em contrapartida, autores McDonald e Barnett (1990 apud COSTA, 2001) destacam, também, as desvantagens na utilização do prontuário eletrônico do paciente, pois este necessita de grandes investimentos em hardware, software e treinamento com os colaboradores, além disso, os usuários podem não se adaptar aos procedimentos informatizados. Também é importante ressaltar que os benefícios da implantação do PEP serão vistos em longo prazo, e estes estão sujeitos à falhas, tanto em hardware como em software, o que pode deixar o sistema inoperante por horas ou até mesmo dias.

Mesmo com as vantagens e desvantagens do prontuário eletrônico, o uso do prontuário em suporte papel ainda é comum em estabelecimentos de saúde, pois muitas instituições não dispõem de capital para o investimento em tecnologia que possibilite a criação de prontuário eletrônico.

Assim, vale ressaltar que o prontuário em suporte papel apresenta algumas vantagens. Van Ginneken e Moorman (1997 apud COSTA, 2001, p. 5) defendem a ideia que um prontuário bem estruturado em papel apresenta algumas vantagens em relação ao eletrônico, como a facilidade em ser transportado, maior liberdade na forma de escrever, facilidade de manuseio, não necessita de treinamento para a elaboração e nunca fica “fora do ar” com utilização de computadores.

O Departamento de Informática em Saúde (2000) destaca as conveniências do prontuário em papel:

A segurança é simples e transparente; é a linha do tempo do paciente; o formato é compatível com todos os tipos de informação; é simples e fácil de atualizar; ele pode ser “anotado”; ele é relativamente fácil de copiar e transmitir; novos tipos de informação sempre podem ser integrados sem mudanças no passado; os pacientes não ficam surpresos ao verem os seus médicos o atualizando em sua presença; os registros podem ser empilhados e enfileirados; o sistema de codificação foi aprendido na escola e ele pode ser visualizado de qualquer ângulo.

Uma das vantagens do prontuário em papel é a possibilidade destes serem arquivados enfileirados. A figura 6 mostra um arquivo de prontuários em papel arquivados em pastas suspensas.



Figura 6 - Arquivo de prontuário em papel.
Fonte: Consultor em arquivo médico, 2009.

Em oposição às idéias dos autores acima, Moura (2001, p. 11) descreve que o prontuário em papel acarreta problemas burocráticos, pois se o documento for arquivado na seqüência de numeração incorreta, pode prejudicar o acesso à informação e, para sua localização, será necessário desviar mão-de-obra do SAME para procurar o prontuário extraviado por horas ou até mesmo dias.

Muitos prontuários médicos são formados por um volume considerável de papel e, aos poucos, vão se deteriorando pela manipulação.

O mesmo autor também afirma que, por força de lei, o prontuário precisa ser mantido arquivado, pois este pode ser solicitado a qualquer momento, de forma que a instituição necessita de grandes áreas para o armazenamento. Outro problema é a prescrição médica incompleta ou de difícil compreensão devido à letra, que é um dos maiores problemas encontrados no prontuário em suporte papel.

Colaborando com o autor acima, Pizzolatto (2009, p. 14) destaca que o prontuário em papel apresenta diversas limitações:

Tanto práticas como lógicas, sendo ineficiente para o armazenamento e organização de grande número de dados de tipos diferentes, apresentando diversas desvantagens em relação ao prontuário eletrônico. São elas: o prontuário pode estar somente num único lugar ao mesmo tempo, ilegibilidade, ambiguidade, perda frequente da informação, multiplicidade de pastas, dificuldade de pesquisa coletiva, falta de padronização, dificuldade de acesso e fragilidade do papel.

O Departamento de Informática em Saúde (2000, p. 15) destaca as desvantagens do prontuário em papel pelos seguintes motivos:

- Não é acessível a distância, só pode estar em um único lugar a cada tempo
- Pesquisa lenta (para pesquisa os dados têm que ser transcritos);
- É sempre acumulativo (tem-se a história, mas não o resumo até o presente estado);
- Outros sistemas administrativos (faturamento, agendamento, etc.) requerem esforço manual de integração;
- Surgimento de vários Prontuários do Paciente em vários lugares (de acordo com as especialidades envolvidas) implicando problemas logísticos no manuseio do Prontuário;
- A informação nem sempre é armazenada de maneira consistente e uniforme (o texto apresenta ordenação variável, geralmente ilegível, e possivelmente incompleto e ambíguo).

Uma das grandes desvantagens do prontuário em papel é a questão do armazenamento da informação que, muitas vezes, tornam-se ilegíveis.

3 METODOLOGIA

Para concretizar os objetivos foi adotada uma metodologia, a qual busca-se descrever.

Do ponto de vista da abordagem do problema, conforme Silva e Menezes (2001), a pesquisa é:

- **qualitativa** – pois não utilizou-se de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural foi a fonte direta para coleta de dados, e o pesquisador foi o instrumento-chave. Dessa forma identificou-se as principais dificuldades do Arquivo Médico do Hospital São Donato com a finalidade de melhorar as condições de acesso as informações por seus usuários, após foi desenvolvida uma proposta de gestão documental para solucionar os problemas encontrados.

Do ponto de vista dos objetivos, ainda segundo Silva e Menezes (2001), a pesquisa é **descritiva**, pois foram enumeradas as características através da observação sistemática, identificando os principais problemas de acesso à informação pelos usuários do Arquivo Médico do Hospital São Donato.

Quanto aos meios ou procedimentos técnicos, esta pesquisa assume as seguintes classificações:

- **pesquisa de campo**: as principais dificuldades no Arquivo Médico do Hospital São Donato foram identificadas por meio de visitas técnicas participando nos trabalhos de localização da informação no arquivo médico, anotando os fatos observados sem interferir na rotina dos trabalhos, as conversas e a vivência com a Direção e os funcionários do HSD também foram utilizadas para investigar as condições de acesso aos documentos, de modo a entender o funcionamento do arquivo médico buscando informações que possibilitassem elaborar sugestões para facilitar o acesso à informação por seus usuários;

- **estudo de caso**: o Arquivo Médico do Hospital São Donato foi determinado como limite do campo de pesquisa, permitindo conhecer detalhadamente o objeto de estudo.

Após a pesquisa foi realizado um diagnóstico das atividades do hospital e a partir daí apresentado a proposta de gestão documental para o Arquivo Médico do HSD.

4 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

4.1 Hospital São Donato: breve histórico

A história do Hospital São Donato tem origens nas mesmas dificuldades em serviços de saúde que muitas cidades em nosso país, onde pessoas que tinham alguma noção de tratamento ajudavam a população com serviços básicos, como aplicação de medicamentos injetáveis, verificação da pressão arterial ou, ainda, em casos mais sérios, a realização de partos.

José Nestor Cardoso conhecido popularmente por Juca, tinha uma farmácia e desde 1937 atendia consultando, fazendo curativos, comercializando remédios, realizando a verificação de temperatura e pressão. De acordo com suas possibilidades, atendia o que era possível, até mesmo o acompanhamento de gestantes. A Senhora Maria Pepé encarregava-se dos partos e senhor Nísio Cardoso, irmão jovem, encarregava-se da aplicação de injetáveis. Na Rua Marcos Rovaris viviam diversas crianças asmáticas e ele aplicava as injeções de Transpulmim e Onandina. (LUCA, 2006, p. 15).

A autora ainda afirma que, quando a situação de saúde do paciente não era possível resolver-se em Içara os mesmos eram encaminhados para o Hospital São José de Criciúma que já existia desde 1936 ou ainda para o Hospital Nossa Senhora da Conceição de Tubarão existente desde 1906.

Em 30 de outubro de 1954, alguns homens reuniram-se na Sociedade Recreativa Ipiranga, situada à rua do mesmo nome, com um fim específico: fundar um hospital na cidade. Paulo Preis, prefeito do município à época, dirigiu-se à reunião e convidou o farmacêutico José Nestor Cardoso para servir de secretário. Deliberaram e decidem dar por fundado o “HOSPITAL DE CARIDADE SÃO DONATO”, em homenagem ao padroeiro. (LUCA, 2006, p. 16).

O terreno escolhido para edificar o prédio do hospital pertencia à Cúria Metropolitana, que tinha sede em Tubarão. Este imóvel foi doado para a Igreja em 1920 por Giácomo D’Inca, que concorda com a construção do hospital. No terreno havia uma velha igreja que abrigava a imagem de São Donato, cuja cabeça, braços e pés vieram de Bérghamo, na Itália, e o corpo fora esculpido por Nini Colle. (LUCA, 2006, p. 17).

Em 1956 o Bispo D. Anselmo Pietrulla doa o imóvel para a construção do hospital, com o compromisso de que a construção incluía, junto ao hospital, uma capela para receber o santo, já que a velha capela que o abrigava seria demolida. (LUCA, 2006).

Começa, então, a luta para a obtenção de verbas. A população contribuiu como foi possível, realizando festas, rifando gado, doando carro de boi cheio de aipim, ofertando sacos de farinha de mandioca. Toda doação era bem-vinda e ninguém se furtava à tarefa. As mercadorias eram vendidas para comprar pedras, cimento e tijolos. (LUCA, 2006).

A mesma autora relata que alicerces do hospital foram feitos com as enormes pedras retiradas da antiga igreja e, nas paredes, também foram usados os tijolos provenientes da demolição da referida igreja.

A inauguração do Hospital ocorreu no dia 06 de agosto de 1970, festa de São Donato. A comemoração do dia do santo é 07 de agosto, entretanto, a festa foi realizada no domingo. O Pe. Bernardo Junkes rezou a missa de inauguração do Hospital São Donato (Figura 7).



Figura 7 – Hospital São Donato.
Fonte: Luca, 2006, p. 42.

4.2 Hospital São Donato: contexto atual

Fundação Social Hospitalar de Içara é a Razão Social do Hospital São Donato (HSD), que está localizado no município de Içara, situada no litoral Sul de Santa Catarina, sendo

conhecida como a capital do mel. A cidade faz parte da Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC).



Figura 8 – Fachada do Hospital São Donato.
Fonte: Içara News, 2010.

O Hospital São Donato é uma instituição filantrópica de saúde, portanto sem fins lucrativos e atende 24 horas por dia. Atualmente possui o total de 90 leitos, sendo 50 para internações do SUS, 19 para convênios e particulares e, ainda, 21 leitos para observação. A Instituição conta com 103 colaboradores distribuídos em diversos setores: nutrição e dietética, raio-X, laboratório de análises clínicas, lavanderia, manutenção, higienização, enfermagem, administração, faturamento, almoxarifado e setor de compras. O corpo clínico é composto por 41 médicos entre especialistas e plantonistas. (HOSPITAL SÃO DONATO).

Entre os serviços disponibilizados à comunidade estão o serviço de internação, pronto atendimento, serviços obstetrício, serviços pediátricos além de apoio psicológico e os serviços de exames como: laboratoriais, endoscopia e raio-X. (HOSPITAL SÃO DONATO).

Além de dispor de contratualidade com o Sistema Único de Saúde (SUS), o hospital atende mais 6 planos de saúde e ainda presta atendimentos particulares.

De janeiro a setembro de 2012, o número de internações totalizou em 3.081. Destas, 2.546 foram realizadas pelo SUS, 178 através de convênios e 357 em caráter particular. O número de atendimentos ambulatoriais e de emergência foi de 87.829. Destes, 57.126 foram através do SUS, 29.550 por meio de convênios e 1.153 em regime particular. (HOSPITAL SÃO DONATO).

O HSD vem, no decorrer dos anos, capacitando seus funcionários através de participações em cursos, treinamentos, congressos e palestras com o objetivo de melhor atender a seus usuários.

4.3 Arquivo médico do Hospital São Donato: resultado da pesquisa

O Hospital São Donato ao longo dos seus 42 anos de existência não teve a preocupação de implantar a gestão documental em seu acervo, o que atualmente dificulta o acesso a informação.

Através de entrevistas com a Direção e colaboradores do HSD foi possível saber que, em 1998 o hospital foi informatizado com um sistema criado em modo character, que não pode mais ser acessado, pois teve o arquivo corrompido, de modo que os prontuários produzidos neste período não podem ser localizados.

Em 2003 a instituição começa a utilizar um Sistema de Informática (SI) chamado de Gestho. No momento da implantação foi desconsiderado o número do registro que o paciente já possuía no sistema anterior. Dessa forma, o paciente passa a ter dois números de registro diferentes.

No ano de 2009 o HSD passa a utilizar um novo SI chamado JME e, novamente, desconsidera o número do registro do paciente utilizado nos dois sistemas anteriores, acarretando três números de registro diferentes para o mesmo paciente na Instituição.

Cada vez que a Instituição atualiza seu sistema de informática, gera um novo número de prontuário para o paciente, dividindo seu arquivo em períodos. Assim, se um paciente ou um órgão judicial solicita um histórico clínico, o organizador do arquivo precisará localizar os prontuários nos três períodos, dois períodos informatizados e um sem nenhuma ferramenta de busca, dificultando o acesso e tornando o trabalho moroso.

No decorrer dos anos, o HSD anos passou por diversas mudanças de área física, bem como a mudança nos Sistemas de Informática. Hoje, o arquivo acumula um volume considerável de prontuários médicos.

Por consequência da falta de um espaço físico amplo para o SAME, os prontuários foram distribuídos em três locais dentro do hospital. No Arquivo Corrente existem prontuários produzidos pelo Sistema JME e prontuários dos outros dois SIs, ambos com números de registro diferentes.

Outro problema identificado no arquivo está nos atendimentos do Pronto Socorro, que são depositados em caixas de acordo com o convênio, mês e ano que foram cobrados, não existindo qualquer instrumento de pesquisa para facilitar o acesso aos documentos.

Em outra área ficam os prontuários que não foram faturados pelos SUS, ou seja, oriundos de convênios e particulares. Ainda em outro espaço ficam todos os prontuários criados no Sistema em modo caracter, que também não possuem qualquer tipo de instrumento de pesquisa, dividindo o espaço com as fichas do Pronto Socorro.

Através das visitas técnicas e da observação direta foi observado que em ambos os Arquivos não existe a preocupação com a padronização das estantes nem dos corredores, o que ocasiona em perda de espaço para as unidades de arquivo. Também não existe preocupação com a ventilação nem com a iluminação artificial nem natural, em alguns pontos do arquivo a luz natural incide sobre os prontuários ocasionando a destruição dos prontuários, em outros locais não existe um sistema de iluminação artificial que possibilite a localização da informação.

Atualmente, o método adotado para a organização dos prontuários nos dois Sistemas de informática é o convenio o mês e o ano em que o prontuário foi faturado, o chegar ao arquivo os prontuários são depositados em prateleiras ou em caixas e identificados com as informações acima citadas. (Figura 9).



Figura 9 - Prontuários depositados nas estantes.
Fonte: Autor, 2012.

Após identificar os problemas no acesso à informação do Arquivo Médico do HSD, foi criado um quadro que identifica o problema encontrado, apresenta a proposta para solucionar a questão e explica como será desenvolvida a proposta (Quadro 3). O referido

quadro também apresenta um cronograma com o período de duração para cada atividade, além mostrar os recursos e o responsável por sua execução.

(Continua)

Problema encontrado	Solução de proposta	Estratégia de implantação	Cronograma	Recursos	Responsável pela atividade
Vários registros do mesmo paciente	Criar o registro único para cada paciente	Cadastrar os prontuários com registro do Sistema Geshto e do Sistema de Dos no Sistema JME	Janeiro e Fevereiro de 2013	- Pessoal; - Material de escritório (lápiz, caneta, borracha, papel A4); - Móveis de escritório (mesas e cadeiras); - Informática (computadores e impressoras)	Arquivista e auxiliares
Prontuários do Arquivo Corrente junto com o Arquivo Intermediário	Criar Arquivo Intermediário	Separar os prontuários com mais de dez anos.	Março a Maio de 2013	- Pessoal; - Material de escritório (lápiz, caneta, borracha, papel A4); - Móveis de escritório (mesas e cadeiras)	Arquivista e auxiliares
Prontuários do Arquivo Intermediário junto com o Arquivo Permanente	Criar o Arquivo Permanente	Recolher os prontuários do Arquivo Intermediário com mais de vinte anos com os diagnósticos já citados para o Arquivo Permanente	Junho a Agosto de 2013	- Pessoal; - Material de escritório (lápiz, caneta, borracha, papel A4); - Móveis de escritório (mesas e cadeiras)	Arquivista e auxiliares
Vários atendimentos do mesmo paciente separados	Reunir todos os atendimentos do mesmo paciente	A partir do Dígito Terminal, escrevendo no envelope o nome e o número do registro do paciente	Setembro a Outubro de 2013	- Pessoal; - Material de escritório (lápiz, caneta, borracha, papel A4); - Móveis de escritório (mesas e cadeiras)	Arquivista e auxiliares
Arquivo Corrente, Intermediário e Permanente sem identificação	Cores de envelopes diferentes para o mesmo Arquivo, desde Corrente, Intermediário até Permanente	Utilizar cores de envelopes diferentes para cada arquivo	Novembro de 2012 a Janeiro de 2014	- Pessoal; - Material de escritório (lápiz, caneta, borracha e três cores de envelopes diferentes); - Móveis de escritório (mesas e cadeiras)	Arquivista e auxiliares

(Conclusão)

Problema encontrado	Solução de proposta	Estratégia de implantação	Cronograma	Recursos	Responsável pela atividade
Prontuários que podem ser eliminados do Arquivo Intermediário	Eliminar os prontuários do Arquivo Intermediário que não são considerados de guarda permanente, cujo último registro de atendimento se deu há mais de vinte anos, considerando mais três anos de guarda por motivo de precaução	Verificar, nos três arquivos, se a data do último atendimento ocorreu há mais de 23 anos, observando se o diagnóstico não é de guarda permanente	Fevereiro a Abril de 2014	- Pessoal; - Material de escritório (lápiz, caneta, borracha e papel A4); - Móveis de escritório (mesas e cadeiras) - Informática (computador)	Arquivista e auxiliares
Especificar os prontuários que podem ser eliminados	Termo de eliminação	Registrar o nome a data dos atendimentos que estão sendo eliminados juntamente com a data último registro de atendimento	Maior de 2014	- Pessoal - Material de escritório (lápiz, caneta, borracha e papel A4); - Móveis de escritório (mesas e cadeiras); - Informática (computador e impressora)	Arquivista
O que fazer com os prontuários que podem ser eliminados	Descartar	Remover os grampos dos prontuários e, em seguida, picotar em equipamento apropriado	Agosto de 2014	Máquina de picotar papel	Auxiliares

Quadro 3 – Problemas encontrados e propostas de gestão.

Fonte: Autor, 2012.

A Proposta de Gestão Documental como resultado da pesquisa para o Arquivo Médico do Hospital São Donato prevê a divisão dos arquivos conforme o art. 8 da Lei nº 8.159/1991, que dispõe sobre a política de arquivos públicos e privados, onde assim se estabeleceu:

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 de consultas frequentes.

§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.

No Arquivo Médico do Hospital São Donato ficará o Arquivo Corrente, formado pelos prontuários e as fichas do Pronto Socorro criados a partir da implantação do Sistema JME, juntamente com os prontuários dos outros dois SIs com menos de dez anos de criação, pois estes são freqüentemente solicitados. Para a reestruturação do Arquivo Médico do HSD será necessária a criação de um registro único para o paciente.

No Arquivo Intermediário ficarão os prontuários com mais de dez anos transferidos do Arquivo Corrente, já que estão dentro do prazo de vigência, embora não sejam consultados com freqüência e aguardem sua eliminação ou o recolhimento para o Arquivo Permanente

O Arquivo Permanente será formado pelos prontuários com diagnóstico de partos normais e cesáreas, ferimentos por arma branca e arma de fogo, diagnósticos raros, má formações fetais e os diagnósticos cujo Código Civil Brasileiro, em seus artigos 169 e 177 destacam que não ocorre a prescrição.

Os prazos de guarda e eliminação documental deverão ser estabelecidos por uma Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, essa comissão é constituída por um advogado, um arquivista, juntamente com o responsável pelo arquivo médico, direção e todos os outros membros que se julgarem necessários, conforme a especificidade da documentação dessa forma o profissional estará assegurado para eliminar ou preservar os documentos.

A cada cem prontuários será escolhido aleatoriamente uma amostra de cinco prontuários, para possibilitar pesquisas de cunho social, econômico e antropológicas.

A presente proposta de gestão documental para o Arquivo Médico do HSD tem como objetivo facilitar o acesso às informações contidas nos prontuários. Além disso, conta com as seguintes vantagens:

- Localização imediata dos documentos;
- Controle e registro dos acessos aos documentos;
- Diminuição dos espaços físicos de guarda;
- Maior rapidez no atendimento dos públicos interno e externo;
- Melhores condições de trabalho para os colaboradores;
- Eficiência e agilidade aos usuários da informação dos prontuários;
- Agilidade no atendimento aos alunos dos cursos da área da saúde no desenvolvimento de pesquisas para seus estudos no curso;

- Preservação das informações contida nos prontuários.

A implantação de um sistema de gestão da informação documental em um hospital não apresenta riscos. Ao contrário, serão eliminados diversos fatores de risco para as operações em todos os níveis, tais como:

- Demora na localização dos documentos;
- Não localização de documentos solicitados;
- Extravio de prontuários retirados do Arquivo Médico para consultas diversas;
- Processos judiciais pela não localização de informações e documentos.

Para aplicar a presente proposta de gestão documental, todas as atividades foram divididas em três etapas:

1ª etapa – Criação do registro único do paciente

- Cadastrar os prontuários do paciente com registro do Sistema Geshto e do Sistema de Dós no Sistema JME;
- Separar os prontuários com mais de dez anos que serão transferidos para o Arquivo Intermediário;
- Recolher os prontuários do Arquivo Intermediário com mais de vinte anos com os diagnósticos já citados para o Arquivo Permanente;

2ª etapa – Arquivar os prontuários

- Arquivar os prontuários nos envelopes identificando-os com o nome e o registro do paciente;
- Arquivar os prontuários utilizando envelopes de cores diferentes para o Arquivo Corrente, Intermediário e Arquivo Permanente.

3ª etapa – Eliminação dos prontuários sem registro de atendimento nos últimos vinte anos

- Eliminar os prontuários do Arquivo Intermediário que não são considerados de guarda permanente, cujo ultimo registro de atendimento se deu a mais de vinte anos levando em conta mais três anos de guarda por motivo de precaução.

Para facilitar a realização de cada etapa foi desenvolvida a descrição das atividades.

1ª etapa - Criação do registro único do paciente

Para a realização da proposta de gestão documental para o Arquivo Médico do Hospital São Donato, será necessária contratação ou deslocamento de mais dois colaboradores do hospital, tendo em vista a grandeza da operação e a duração da proposta de trabalho.

A proposta de gestão documental será iniciada com os prontuários criados antes da implantação do Sistema JME. Para os pacientes que não tem número de registro no sistema atual será realizado um cadastro de pessoas, de modo que venham a ter um número de registro

Durante a identificação ou criação do número de registro do paciente, o prontuário já deverá ser separado pelo ano do atendimento, o que dará origem ao Arquivo Corrente, Arquivo Intermediário e o Arquivo Permanente (Quadro 4).

Ano do Atendimento	Arquivo Corrente	Arquivo Intermediário	Arquivo Permanente
A partir de 2002	X		
Antes de 2011 com alta por motivo de óbito		X	
Antes de 2002		X	
Antes de 1992 com os Diagnósticos citados no item 4.2			X

Quadro 4 – Divisão dos Prontuários a partir do ano do atendimento.
Fonte: Autor, 2012.

Na medida em que as ações anteriores são desenvolvidas, serão separados prontuários com a alta por motivo de óbito antes de 2011, que serão transferidos para o Arquivo Intermediário. Este tempo de permanência no Arquivo Corrente se dá, pois, no período de um ano, a família pode solicitar, por via judicial, cópia do prontuário para fins de INSS, seguro de vida, entre outros.

Também serão separados todos os prontuários criados antes 1992 com diagnóstico de partos normal e cesáreo, má formação fetal, além dos diagnósticos de acidentes de Ferimento por Arma de Fogo - FAF e Ferimento por Arma Branca - FAB, pois prontuários com esses diagnósticos são de guarda permanente. Todos serão arquivados pelo Dígito Terminal, da mesma forma que no Arquivo Corrente.

2ª etapa – Arquivar os prontuários

Os prontuários serão arquivados a partir do Dígito Terminal do registro do paciente.

Exemplo: João Machado de Souza

Registro: 230.25

Os dois últimos números do registro identificam o Dígito Terminal, que é o número da prateleira em que o prontuário será arquivado. Esse número de localização nas estantes inicia em 00 e vai até 99. Os números iniciais, no caso, 230, são os números do envelope, que também inicia em 00 e vai aumentando sucessivamente com a criação de novos registros.

Exemplo: 0100 – 0200 - 0300 – estante 00

0101- 0201 – 0301 – estante 01

0102 – 0202 – 0302 – estante 02

Na medida em que o arquivo vai crescendo, o Sistema de Informática vai gerando novos números para cada sequência de estante. Isso ocorre com todos os dígitos terminais, desde 00 até 99.

Como forma de identificação para cada idade do Arquivo (Corrente, Intermediário e Permanente) serão utilizados envelopes de cores diferentes (Quadro 5).

Idade do Arquivo	Cor
Corrente	Amarelo
Intermediário	Cinza
Permanente	Marrom

Quadro 5 – Cores para cada idade do Arquivo.
Fonte: Autor, 2012.

Em cada envelope conterà as seguintes informações: logotipo da Instituição, nome do setor, Registro N° e nome do paciente (Figura 10).

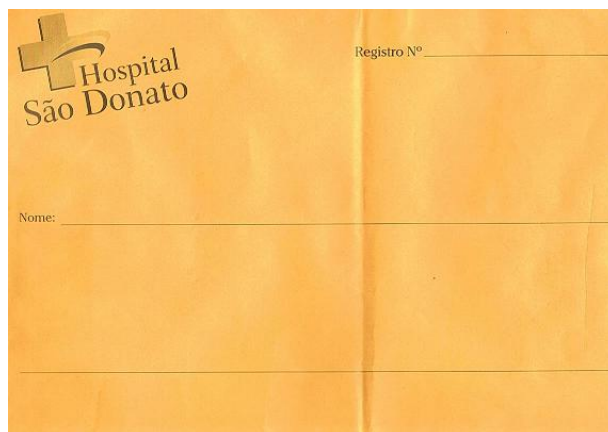


Figura 10 – Modelo de envelope para o Arquivo Corrente.
Fonte: Autor, 2012.

Para a organização do arquivo será necessário, no primeiro momento, separar os prontuários pela dezena correspondente do Dígito Terminal (Tabela 3).

Dígito Terminal	Dezena
00 a 09	0
10 a 19	1
0 a 29	2
30 a 39	3
40 a 49	4
50 a 59	5
60 a 69	6
70 a 79	7
80 a 89	8
90 a 99	9

Tabela 3 – Dígito terminal e a dezena correspondente.
Fonte: Autor, 2012.

Após a separação teremos dez grandes montes de prontuários, sendo necessário, então, dividir a dezena em unidades, que corresponderão as cem unidades do Dígito Terminal. No final do processo teremos cem montes de prontuários. Este procedimento deverá ser realizado nos três arquivos: Corrente, Intermediário e Permanente.

Logo após a separação pela unidade, os prontuários serão depositados em seus respectivos arquivos nas prateleiras correspondentes ao Dígito Terminal, como forma de organizar o local para a próxima atividade.

O primeiro arquivo a ser organizado será o Arquivo Corrente, tendo em vista alta frequência utilização da informação. Em seguida será o Arquivo Intermediário e, por último, o Arquivo Permanente.

Cada colaborador trabalhará com uma unidade do Dígito Terminal e colocará os prontuários em ordem crescente. Esta atividade visa, além da preparação para o arquivamento, a unificação dos vários atendimentos do mesmo paciente em um único envelope.

Após a separação pela unidade será iniciado o arquivamento dos prontuários nos envelopes de cores diferentes, correspondentes a cada idade do arquivo. Nesta fase poderão ser utilizados recursos de informática para o preenchimento e impressão dos envelopes com os dados do paciente. Caso o hospital não disponha de impressora específica para a impressão de envelopes, estes poderão ser preenchidos manualmente com letra legível. Concluído o processo de arquivamento de todos os prontuários, eles deverão ser depositados em suas respectivas prateleiras. Terminado o processo, será iniciada a 3ª etapa da proposta de gestão arquivística.

3ª etapa – Eliminação dos prontuários sem registro de atendimento nos últimos vinte anos

Para a eliminação dos prontuários será considerada a determinação do CFM nº1. 639/2002, que determina o prazo de guarda do prontuário em suporte papel por vinte anos. Por motivo de precaução, as instituições devem estabelecer um prazo estendido para a preservação dos documentos. Este prazo pode variar de acordo com a instituição, mas é aconselhável que o tempo não seja inferior a dois anos.

Para o descarte dos prontuários será necessária sua localização no Arquivo Corrente, Intermediário e Permanente a partir do número do registro do paciente.

Após a localização será observada a data do último registro de atendimento do paciente. Caso o último atendimento tenha ocorrido há vinte e três anos (vinte anos - prazo de vigência e três anos prazo de precaução) o prontuário poderá ser eliminado, caso este não seja considerado de guarda permanente.

Ao terminar esta etapa será elaborado o Termo de Eliminação, especificando o nome a data de todos os atendimentos que serão eliminados, bem como a data do último registro de atendimento do paciente. Após a elaboração do Termo de Eliminação, esta será encaminhada para a Direção do hospital para a aprovação e assinatura autorizando a eliminação dos prontuários especificados. Em seguida, deverá ser publicada no Diário Oficial para tornar

público o ato de eliminação, e aguardar o prazo de 45 dias até ser dado início os trabalhos de descarte.

Tendo em vista as informações que contém no prontuário, este não poderá ser encaminhado diretamente para a reciclagem. Desta forma, os prontuários serão triturados com objetivo de tornar impossível o conhecimento das informações contidas nos documentos. Após triturar os prontuários, o papel poderá ser acondicionado em caixas ou sacos para a doação ou, ainda, a venda do papel.

5 CONCLUSÃO

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram encontradas algumas dificuldades concernentes à pesquisa bibliográfica sobre o Arquivo Médico. As edições encontradas são antigas, datam das décadas de setenta e oitenta, período em que o Arquivo Médico se propagou pelo Brasil com o nome de SAME, tendo como pioneira a Doutora Lourdes de Freitas Carvalho. Outro problema é que como a estatística foi incorporada ao Arquivo e os livros foram produzidos como verdadeiros manuais de instruções, com fórmulas e cálculos de elaboração dos relatórios de estatística hospitalar.

No final do século XX, com a difusão da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), a estatística deixou de ser efetuada pelo SAME e os relatórios estatísticos passaram a ser gerados por meio tecnológico.

Na busca do objetivo central do presente estudo procedeu-se, inicialmente, a observação das dificuldades encontradas no Arquivo Médico do Hospital São Donato em disponibilizar as informações solicitadas para seus usuários.

Após a análise observou-se que o maior problema diz respeito ao registro do paciente. Sempre que a instituição atualiza seu sistema de informática, cria um novo registro, além da impossibilidade de acesso a os atendimentos criados entre os anos de 1998 a 2003, pois o sistema em que foram gerados foi corrompido, não possibilitando sua utilização.

Por falta de um local amplo para o Arquivo Médico, a instituição separou os prontuários a partir do convênio responsável pelo pagamento do atendimento. Desta forma, os prontuários recentes, que deveriam fazer parte do Arquivo Corrente, dividem o espaço com prontuários mais antigos, que deveriam estar no Arquivo Intermediário, aguardando sua eliminação ou recolhimento para o Arquivo Permanente.

Como solução clara para os problemas percebe-se que, seria adequada a aplicação da presente proposta de gestão documental, iniciando pela criação de um registro único para o paciente para, então, desenvolver a gestão da informação separando e identificando os prontuários do Arquivo Corrente, Arquivo Intermediário e Arquivo Permanente.

A aplicação da Gestão da Informação no Arquivo Médico é de suma importância para facilitar o acesso à informação, tendo em vista o direito assegurado pela Lei 8159/91 e reforçado pela Lei 12.527/11, que tem abrangência em todas as áreas, garantindo o direito de acesso às informações de instituições públicas ou privadas, que recebem auxílio governamental para desenvolver ações de interesse público.

A preservação e a gestão da informação são primordiais para a sociedade em todas as áreas, pois formam o patrimônio documental. Na área da saúde, as informações contidas nos prontuários são imprescindíveis para a prevenção, tratamentos de saúde, bem como estudos científicos a fim de obter novas descobertas.

Acredita-se que a presente proposta de Gestão será de grande relevância, não apenas para propor a gestão documental no Arquivo Médico do Hospital São Donato, mas também para outras instituições de saúde que buscam melhorar e facilitar o acesso às informações contidas em seus arquivos.

Observa-se, também, que esta pesquisa assinala o valor dos Arquivos e poderá desmistificar o velho conceito de "arquivo morto", já que muitos acreditam que arquivo é apenas um depósito de papéis antigos que ficam acondicionados num local qualquer onde documentos não são encontrados quando solicitados.

Pode-se definir a presente pesquisa como desafiadora e gratificante, mas sem a pretensão de ser exaustiva. Sugere-se que outros trabalhos possam ser realizados nesta linha e espera-se que este possa contribuir como fonte de pesquisa para o aprofundamento do tema.

REFERÊNCIAS

ÁGUA VIVA. **Serviço de prontuário do paciente**. 2012. Disponível em: <<http://www.aguaviva.mus.br/enfermateca/Trabalhos/ServicoProntuarioPaciente.htm>>. Acesso em: 02 set. 2012.

A HISTÓRIA. **Hipocrates**. 2012. Disponível em: <<http://www.ahistoria.com.br/wp-content/uploads/hipocrates.jpg>>. Acesso em: 03 nov. 2012.

ARAÚJO, K. S. **Ergonomia hospitalar: uma intervenção macroergonômica em um hospital em São Luís (MA) no setor de arquivo médico de prontuários**. 2005. 107 f. Monografia (Graduação em Desenho Industrial)- Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2005.

ARQUIVO NACIONAL. **Dicionário de terminologia arquivística**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2005.

BELLOTTO, H. L. **Arquivos permanentes: tratamento documental**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1991.

BRASIL. **Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991**: dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/L8159.HTM>. Acesso em: 12 maio. 2010.

_____. **Lei 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. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm>. Acesso em: 15 ago. 2012.

_____. **Decreto nº 82.308, de 25 de setembro de 1978**: institui o sistema nacional de arquivo (SINAR). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D82308.htm>. Acesso em: 14 abr. 2010.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 29. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

CAMARGO, A. M. A.; MACHADO, H. C. **Roteiro para implantação de arquivos municipais.** São Paulo: Secretaria de Estado da Cultura, 2000.

CARVALHO, L. F. **Serviço de arquivo médico e estatística de um hospital.** 2. ed. São Paulo: LTR, 1977.

CASSARES, N. C. **Como fazer conservação preventiva em arquivos e bibliotecas.** São Paulo: Arquivo do Estado e Imprensa Oficial, 2000.

CASTRO, F. C. **O papiro de Edwin Smith.** 2007. Disponível em: <<http://fscastro.blogspot.com.br/2007/08/o-papiro-de-edwin-smith.html>>. Acesso em: 01 out. 2012.

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. 2002. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/RESOLUCOES/CFM/2002/1638_2002.HTM>. Acesso em: 04 maio. 2010.

_____. **Resolução CFM nº 1.639/2002:** aprova as normas técnicas para o uso de sistemas informatizados para a guarda e o manuseio do prontuário médico, dispõe sobre tempo de guarda de prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências. 2002. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1639_2002.htm>. Acesso em: 05 jun. 2012.

_____. **Resolução CFM nº 1.821/2007:** aprova as normas técnicas concernentes à digitação e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca da informação identificada em saúde. 2007. Disponível em: <<http://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-178-34-2007-07-11-1821>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

_____. **Resolução CFM nº 1931/2009:** aprova o código de ética médica. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.htm>. Acesso em: 14 maio. 2010.

_____. **Processo-consulta CFM nº 1.401/2002:** prontuário eletrônico. (2727). 2002. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/2002/30_2002.htm>. Acesso em: 12 jul. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. **Recomendações para a construção de arquivos**. 2000. Disponível em: <http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/Media/publicacoes/recomendaes_para_construo_de_arquivos.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2012.

CONSULTOR EM ARQUIVO MÉDICO. **Same**: arquivo médico. 2009. Disponível em: <<http://carlosarquivos.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 29 jul. 2012.

CORPORATION. **Modelo de estante**. 2012. Disponível em: <<http://wwscorporation.com/produtos/arquivos-deslizantes/grande1.jpg>>. Acesso em: 30 ago. 2012.

COSTA, C. G. A. **Desenvolvimento e avaliação tecnológica de um sistema de prontuário eletrônico do paciente, baseado nos paradigmas da world wide web e da engenharia de software**. 2001. 288f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Elétrica e de Computação) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

CULTURA EGÍPCIA. **Papiro**. Disponível em: <<http://www.culturegipcia.es/pagina/culturaegipcia/papiro/imgpap/papiro%20de%20Ani.jpg>> Acesso em: 15 ago. 2012.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE. **Sistemas de informação em saúde**. 2000. Disponível em: <http://www.virtual.epm.br/material/tis/mat_apoio/SIS/SIS.pdf>. Acesso em: 01 ago 2012.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

HOSPITAL SÃO DONATO. **Assessoria de comunicação**: dados. Içara: ed. autor, 2012.

IÇARA NEWS. **Paella beneficente em prol do Hospital São Donato**. 2010. Disponível em: <<http://www.icaranews.com.br/display2.asp?func=display&resid=2989&tree=3>>. Acesso em: 12. Ago. 2012.

LUCA, D. C. **A sombra da figueira**: hospital São Donato. Criciúma: Ed. do autor, 2006.

MARQUES, W. A. **Arquivo permanente da casa de saúde são sebastião**: prontuário médico do paciente. 2008. 73 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Biblioteconomia)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

MASSAD, E.; MARIN, H. F.; AZEVEDO NETO, R. S. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico.** São Paulo: H. de F. Marin, 2003.

MEZZOMO, A. A. **Serviço do prontuário do paciente: organização e técnica.** 3. ed. São Paulo: Cedas, 1977.

MOTA, F. R. L. **Prontuário eletrônico do paciente: estudo de uso pela equipe de saúde do Centro de Saúde Vista Alegre.** 2005. 109f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

OFC TECNOLOGIA EM ARQUIVOS CORPORATIVOS. **Empresa.** 2012. Disponível em: <<http://www.ofcarquivos.com/>>. Acesso em: 30 ago. 2012.

PAES, M. L. **Arquivo: teoria e prática.** 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 1997.

PIZZOLATTO, G. R. A. **Vantagens e desvantagens da utilização do prontuário eletrônico nas organizações militares de saúde do exército brasileira.** 2009. Disponível em: <http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/PCC_2009_CFO_PDF/1%BA%20Ten%20A1%20GISELLE%20ROCHA%20DE%20ABREU%20PIZZOLATTO.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2012.

POSSARI, J. F. **Prontuário do paciente e os registros de enfermagem.** São Paulo: Iatria, 2005.

PROAHSA. **Manual de organização e procedimentos hospitalares.** São Paulo: FGV/EAESP/HC/FMSP, 1978.

RODRIGUES, M. S. P. **Preservação e conservação de acervos bibliográficos.** 2007. Disponível em: <http://cdij.pgr.mpf.gov.br/sistema-pergamum/ix-encontro-nacional/18_04_2007/Curso%20%20Preservacao.pdf>. Acesso em: 03 set. 2012.

SCHELLENBERG, T. R.. **Arquivos modernos: princípios e técnicas.** Rio de Janeiro: FGV, 1974.

SILVA, B. A. (Comp.). **Gestão e preservação da informação.** Santa Maria, 2010. Disponível em: <<http://cead.ufsm.br/moodle/mod/resource/view.php?id=136832>> . Acesso em: 18 jun. 2012.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Florianópolis: Ed. UFSC, 2001. Disponível em: <http://cead.ufsm.br/moodle/file.php/3799/MetodologiaDaPesquisa3aedicaoPPGEP_1_.UFSC.pdf>. Acesso em: 20 set. 2012.

SOUNIS, E. **Organização de um serviço de arquivo médico e estatística**: Same. 2. ed. São Paulo: Ícone, 1993.

SPINELLI JUNIOR, J. **Conservação de arquivos bibliográficos & documentais**. Rio de Janeiro: Fundação Biblioteca Nacional, 1997.

TEIXEIRA, J. **Atualidades do prontuário**. 2005. Disponível em: <<http://www.noticiashospitales.com.br/mar2005/htms/jur%EDdico.htm>>. Acesso em: 30 jul. 2012.

_____. **Notas jurídicas sobre o prontuário do paciente**. São Paulo: GT, 2007.

WIKIPÉDIA. **Içara**. 2012. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/I%C3%A7ara>>. Acesso em: 05 ago. 2012.