

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

**ANÁLISE DA GESTÃO DO SISTEMA DE ARQUIVO
MÉDICO DO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO
FEDERAL**

Monografia de Especialização

Luciene Carrijo

**Santa Maria, RS, Brasil
2013**

ANÁLISE DA GESTÃO DO SISTEMA DE ARQUIVO MÉDICO DO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL

Luciene Carrijo

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação à Distância, Especialização
Lato Sensu Gestão de Arquivos, Centro de Ciências Sociais e Humanas, da
Universidade Federal de Santa Maria como requisito parcial para obtenção do
grau de **Especialista em Gestão de Arquivos**

Orientador: Prof. Ms. Jorge Alberto Soares Cruz

**Santa Maria, RS, Brasil
2013**

C316 Carrijo, Luciene

Análise da gestão do sistema de arquivo médico do Hospital de Base do Distrito Federal /
Luciene Carrijo. – Brasília, 2013.

60 f.; il.

Orientador: Jorge Alberto Soares Cruz

Monografia (Especialização) – Universidade Federal de Santa Maria, RS, 2013.

1. Arquivologia. 2. Saúde.

I Título

CDU 616-08

Ficha catalográfica elaborada por
Ana Karina Fraga – CRB 1887

Todos os direitos autorais reservados a Luciene Carrijo. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

Endereço: Rua Doze, n. 2010, Bairro da Luz, Santa Maria, RS. CEP: 97110-680

Fone (0xx)55 32225678; Fax (0xx) 32251144; E-mail: ufesme@ct.ufsm.br

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

Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a
Monografia de Especialização

**GESTÃO DE ARQUIVO MÉDICO: ANÁLISE DO SISTEMA DE
ARQUIVO DO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL**

elaborada por
Luciene Carrijo

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

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Ms. Jorge Alberto Soares Cruz (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Prof. Dr. Carlos Blaya Perez (UFSM)

Prof. Ms. Sonia Elisabete Constante (UFSM)

Santa Maria, 07 de dezembro de 2013

“A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o
uso que deve fazer do seu próprio conhecimento.”

Platão

AGRADECIMENTOS

A vida é cheia de oportunidades e, a cada porta aberta, há um milhão de opções e novos caminhos. Assim sendo, não existe dádiva melhor que a aventura da escolha. Paulo Freire acreditava que “a alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca”. O caminho faz parte da minha busca e dos meus sonhos. Essa alegria não seria possível se não fossem as pessoas que compõem a minha vida e fazem parte desse infinito processo de procura.

Por isso, agradeço à minha família, que sempre apostou em mim, na minha capacidade e que sempre esteve ao meu lado: à minha mãe, Gisélia Maria Carrijo, pela preocupação com meu conforto enquanto estudo e que compartilha as minhas ansiedades; à minha irmã Elizângela Carrijo que me inspira e me ajuda a trilhar o caminho acadêmico; à minha irmã Joana D’arc Souza Silva, que se preocupa com tudo ao meu redor para que eu não precise desviar o meu foco. Agradeço ao meu pai, que em espírito, torce e me apoia como sempre fez em vida.

Agradeço imensamente aos meus amigos porque muitas vezes foram a força, a solução e os momentos de descontração; às amigas de sempre e de toda hora, meus apoios técnicos e emocional, que caminharam junto e agilizaram todos os outros aspectos da minha vida: Ana Karina Fraga, Isleidy Barbosa, Luciana Dutra e Roberta Romano, meu imenso carinho e agradecimento. Aos amigos que conheci durante o curso e que, com certeza, já fazem parte da minha jornada. E só de tê-los conhecido, já valeu o caminho.

Aos colegas de trabalho, meu imenso agradecimento, por não me deixar desistir e por compreenderem cada momento dessa jornada. Desses amigos, cito com muito carinho: Lara Gerhein, por sua paciência e companheirismo infinito; Josemary Dantas, por sua doçura e delicadeza para me ajudar a enxergar soluções; Rivaldo Cadete, por facilitar o caminho; Emmanuela Jordana e Alisson Rodrigues, pelos incontáveis momentos de debates e risadas.

Agradeço, particularmente, ao meu orientador Professor Mestre Jorge Alberto Soares Cruz e à Tutora Franciele Simon Carpes pela tolerância, paciência e todas as contribuições ao longo desse processo. Não posso deixar passar, meus sinceros agradecimentos à Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, que possibilitou e investiu nesse sonho.

Não tenho como listar todos os que amo e que fizeram parte dessa caminhada, mas, estendo o meu muito obrigada aos que, de uma forma ou de outra, me deram apoio, carinho e compreensão e, por isso, têm um lugar especial na minha vida.

Por fim, agradeço a Deus, pela oportunidade e a felicidade de viver.

RESUMO

GESTÃO DE ARQUIVO MÉDICO: ANÁLISE DO SISTEMA DE ARQUIVO DO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL

AUTOR: LUCIENE CARRIJO

ORIENTADOR: JORGE ALBERTO SOARES CRUZ

Data e Local da Defesa: São Lourenço do Sul, 07 de dezembro de 2013

Este é um trabalho de pesquisa que tem por finalidade analisar o sistema de arquivo de prontuário de pacientes do Hospital de Base do Distrito Federal. A Arquivologia é uma ciência que tem por objetivo o acesso e disponibilização da informação de forma eficiente para facilitar o desenvolvimento de atividades e tomadas de decisão. O presente estudo justifica-se pela pouca literatura arquivística destinada a gestão de arquivos hospitalares e pela possibilidade de auxiliar a área da saúde na gestão do Sistema de Informação de Saúde. Adotou-se o referido hospital como objeto de estudo por sua relevância assistencial na região do Centro-Oeste. Utilizou-se a metodologia da pesquisa de natureza aplicada, com forma de abordagem qualitativa e base na observação direta em campo. Também foram realizadas pesquisas documental e bibliográfica. A análise apontou que a forma de organização dos prontuários em suporte de papel utilizada pelo hospital é a mesma desde a sua inauguração, em 1960, com poucas melhorias significativas e atualização tecnológica. Também foi identificado que a implantação recente do Prontuário Eletrônico de Documentos – PEP, não contou com o planejamento adequado, gerando outros problemas para o Hospital. Essa conclusão foi possível devido à pesquisa bibliográfica que identificou algumas unidades hospitalares que adotaram o PEP, com base nos dados fornecidos pelos textos e foi realizada a comparação com os resultados e procedimentos entre as instituições. Este trabalho de pesquisa permitiu a confirmação de que a utilização das técnicas arquivísticas podem contribuir para a gestão da informação em qualquer contexto institucional.

Palavras-chave: Arquivologia. Prontuário do paciente. Sistema de arquivo. Hospital de Base do Distrito Federal.

ABSTRACT

MEDICAL MANAGEMENT FILE : ANALYSIS SYSTEM FILE FO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL

AUTHOR : LUCIENE CARRIJO

SUPERVISOR: JORGE CRUZ ALBERTO SOARES

Date and Place of Defense : São Lourenço do sul , December 7, 2013

This is a research work which aims to analyze the file system of the medical records of patients from Hospital de Base do Distrito Federal. Arquivology is a science that aims the efficient access and availability of information to facilitate the development of activities and decision making. This study is justified by the lack of archival literature intended to manage hospital files and the possibility of assisting the health area in the management of the Health Information System. The hospital was chosen based on its relevant assistance position in the Midwest region.. The methodology was the nature of applied research with a qualitative approach based on direct observation in the field. It was also conducted documentary and bibliographic surveys. The analysis pointed out that the form of organization of medical records in paper is the same used by the hospitalsince its foundation in1960 with few improvements and technological upgrades. It was also identified that the recent implementation of the Electronic Health Record Document - PEP did not have the proper planning, creating other problems for the Hospital. This conclusion was possible because of the literature that identified some hospitals that adopted the PEP, based on data provided by the texts, and then it was conducted the comparison of the results and procedures between institutions. This research has allowed confirmation that the use of archival techniques may contribute to the management of information in any institutional context.

Keywords: Arquivology. Patient's medical record. File system. Hospital de Base do Distrito Federal.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

A.C – Antes de Cristo

ANS – Agência Nacional de Saúde

ArPDF – Arquivo Público do Distrito Federal

CFM – Conselho Federal de Medicina

CONARQ – Conselho Nacional de Arquivos

CRM/DF – Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal

CSAD – Comissão Setorial de Avaliação de Documentos

D.C – Depois de Cristo

DF – Distrito Federal

DO – Declaração de óbito

GAE – Guia de Atendimento de Emergência

GED – Gestão Eletrônica de Documentos

GRCA – Gerencia de Regulamentação, Controle e Avaliação

HBDF – Hospital de Base do Distrito Federal

HDB – Hospital Distrital de Base

HRT – Hospital Regional de Taguatinga

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LAI – Lei de Acesso a Informação

MS – Ministério da Saúde

MS – Ministério da Saúde

NIA – Núcleo de Internação e Alta

NOVACAP – Companhia Urbanizadora da Nova Capital

OMS – Organização Mundial de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEP – Prontuário Eletrônico de Paciente

PMBOK – *Project Management Body of Knowledge*

SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

SBID – Sociedade Brasileira de Informática em Saúde

SES – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SINAN – Sistema Nacional de Notificação

SINASC – Sistema Nacional de Nascidos Vivos

SINOB – Sistema Nacional de Óbitos

SIS – Sistema Integrado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TICS – Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde

UFSM – Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Etapas do trabalho.....	15
1.2 Objetivo geral.....	16
1.3 Objetivos específicos.....	16
1.4 Justificativa.....	17
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	18
2.1 Sistema de informação.....	21
2.2 Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME.....	22
2.3 MÉTODOS DE ARQUIVAMENTO.....	24
2.3.1 <i>Cron-Dalfa</i>	24
2.3.2 Dígito terminal.....	28
2.4 Prontuário do paciente.....	30
2.4.1 Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP.....	32
2.4.2 Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP no Sistema de Saúde do Distrito Federal	33
3 HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL EM SEU CONTEXTO SOCIAL E ARQUIVÍSTICO.....	35
3.1 O início do sistema médico-hospitalar do Distrito Federal.....	35
3.2 O Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF.....	37
3.3 Diagnóstico arquivístico do Setor de Arquivo Médico em 2006.....	38
3.4 Diagnóstico arquivístico do Setor de Arquivo Médico atual.....	40
4 METODOLOGIA.....	42
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	44
CONCLUSÃO.....	51
REFERÊNCIAS.....	56

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde consta no rol dos direitos e garantias fundamentais da Constituição Federativa do Brasil de 1988, da mesma forma que o direito ao acesso à informação. É comum nos noticiários as denúncias de pacientes que deixam de ser atendidos por causa do desaparecimento do prontuário médico ou procedimentos incorretos causados pela troca ou preenchimento incorreto do documento. Mas, mesmo quando é garantido por lei o direito do cidadão a ter acesso ao seu prontuário a qualquer tempo, nem sempre esse direito é respeitado e, em geral, ocorre por falta de estrutura arquivística da instituição.

Desse modo, a organização para o acesso é o primeiro item a ser pensado no que tange à gestão do acervo. No tocante aos prontuários médicos, outros itens são igualmente importantes, uma vez que eles são fontes de dados para pesquisa médico-científico, provas judiciais, além de fornecer dados relevantes para tomadas de decisões frente à vida humana e gestão hospitalar em geral. Por exemplo, é com base nas informações desses documentos que a maioria dos indicadores de saúde são coletados para elaboração de políticas públicas, normas e destinação orçamentárias para área da saúde na sociedade.

A gestão documental é uma ferramenta fundamental para o aprimoramento das atividades administrativas e apoio aos processos decisórios das instituições. É o conjunto de atividades desenvolvidas ao longo da existência do documento, desde a sua gênese até a sua destinação final (eliminação ou guarda permanente), que garante a sua preservação, perpetuação e tramitação da forma correta com vistas a racionalizar e certificar a eficiência administrativa, economia de tempo, recursos logísticos, humanos, financeiros e materiais, assegurando o patrimônio histórico e cultural de uma instituição ou sociedade.

Para esse trabalho, será utilizado o conceito tradicional de arquivos, quer seja, o conjunto de documentos acumulados (produzidos ou recebidos) por pessoas físicas ou jurídicas no decorrer das suas atividades. Esses documentos comprovam seu relacionamento com outras instituições/pessoas, ações cotidianas, servem de provas administrativas, jurídicas, contábeis e, em algumas vezes, históricas e científicas. Tem-se por documentos qualquer tipo de suporte onde a informação seja registrada.

O tema central da pesquisa está vinculado à gestão de prontuário do paciente, também conhecido como prontuário médico e registro médico e que, de acordo com a art. 1º da Resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM 1.638/2002 é:

Documento único, constituído pelo 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.

Sendo assim, o papel do prontuário na perspectiva dos pacientes e das instituições de Saúde adota um posicionamento central e de extrema relevância. Ele traduz o relacionamento entre o paciente e a equipe de Saúde e segue de orientação para várias atividades vinculadas.

Ainda dentro dos esclarecimentos conceituais que desenham o tema deste projeto, há o arquivo médico com a função de gerenciar os prontuários e com o objetivo de fornecer aos usuários informações médicas, conforme disposições legais da área.

Em geral, os prontuários ficam sob a responsabilidade do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME. O primeiro SAME criado no Brasil foi na década de 40, tendo como base o modelo Norte Americano e implantado no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, em 1943. Nas palavras de Bezerra (2002) o SAME tem por finalidade a gestão de prontuários de pacientes com o objetivo de registrar as atividades hospitalares, elaboração de dados estatísticos e fonte de pesquisa. Percebe-se que a preocupação com a gestão dos prontuários é uma realidade do serviço de saúde desde antes da criação do Sistema Único de Saúde – SUS. O Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal dedica uma obra específica para tratar esse assunto – Prontuário médico do paciente: guia para uso prático, com o intuito de orientar sobre a composição e utilização do prontuário.

O sistema de saúde instituído no Distrito Federal foi desenhado na década de 60, junto com a construção da cidade. Na época, o modelo revolucionário de atendimento à saúde, baseava-se em atendimento hierárquico, iniciado em unidades ambulatoriais (postos de saúde), posteriormente unidades mais estruturadas (hospitais regionais) e, em casos de cuidados especializados, os pacientes seriam encaminhados ao hospital de referência, central. Esse modelo ainda é utilizado pela Secretaria de Estado de Saúde (SES) e reforçado pelo SUS.

O HBDF é o hospital de referência do Distrito Federal e, de acordo com dados da Secretaria de Estado de Saúde (SES)¹, seu acervo é constituído por mais de um milhão e trezentos e cinquenta mil prontuários. Por mês, são realizadas em média 20.000 consultas, o que nos fornece parâmetros sobre o volume de trabalho realizado pelo setor. O arquivo

¹ Portal do Hospital de Base do Distrito Federal, disponível em: <www.saude.df.gov.br>, acesso em mar. 2013.

também é responsável pela guarda de resultado de exames laboratoriais e de imagem, declaração de óbito – DO e das Guias de Atendimento de Emergência (GAE).

O HBDF é um hospital público, integrante da rede hierarquizada do sistema de saúde pública do DF e é gerenciado pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES. É o segundo maior hospital em número de leitos da Região Centro-Oeste, e o maior do Distrito Federal, atendendo mais de 600 mil usuários por ano (entre cirurgias, atendimentos emergenciais e ambulatoriais).

De acordo com informações do *site* da SES, a missão da Instituição² é “o atendimento de alta complexidade, integrando ensino e pesquisa”. É referência no atendimento terciário (alta complexidade), de politrauma, neurocirurgia, cirurgia cardiovascular, oncológico, transplantes, medicina nuclear, epilepsia e esclerose múltipla.

No que se refere à pesquisa e ensino, o Hospital também se destaca – em dezembro de 2008, recebeu o certificado de Hospital de Ensino. Neste posto, oferece 49 programas de residência, sendo 42 na área médica – com destaque para cirurgia torácica e geral –, 6 em enfermagem e 1 em odontologia e cirurgia buco-maxilo-facial. Recebe também estudantes de graduação da área de saúde para os estágios curriculares.

Na área da saúde, esse sistema é representado pelo Sistema de Informação de Saúde – SIS, que visa padronizar as informações produzidas e utilizadas pelos diversos membros da equipe de saúde com os objetivos principais de: prestar atendimento de melhor qualidade ao paciente, elaborar políticas públicas de saúde e produzir conhecimento. Para a Organização Mundial da Saúde (1996) o SIS é um “mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde”.

O SIS utiliza várias ferramentas, base de dados e fontes de informação dispersas pelos gestores, como Sistema Nacional de Óbitos – SINOB; Sistema Nacional de Nascidos Vivos – SINASC, base de dados do IBGE e prontuários do paciente. Para Marin (2003, p. 63) “no processo assistencial, o Prontuário do Paciente tem sido a principal fonte de informações. Desde Hipócrates (e mesmo antes dele), já se registravam o curso das doenças, visando à identificação de suas possíveis causas”.

Para organizar e sistematizar o SIS nas unidades hospitalares, foram criadas estruturas como o Serviço de Arquivo Médico – SAME, que tem por função, a grosso modo, organizar, disponibilizar e administrar as informações advindas da equipe de saúde. O SAME não possui

² Portal do Hospital de Base do Distrito Federal, disponível em: <www.saude.df.gov.br>, acesso em jul. 2013.

uma sistematização rígida, e cada instituição de saúde adota a metodologia que acredita ser a mais adequada para sua realidade. A única regra é o preenchimento de itens obrigatórios de informação estipulados em lei e pelos conselhos dos profissionais de saúde. O Conselho Federal de Medicina – CFM é o mais atuante neste quesito. Obrigatoriamente, em todas as normativas, é possível identificar quatro funções primordiais do prontuário: subsidiar as ações da equipe de saúde; ser o registro legal dos profissionais de saúde; promover informações para o ensino e pesquisa e o gerenciamento das demais atividades hospitalares.

O prontuário, segundo Marin (2003, p. 1) “representa o mais importante veículo de comunicação entre os membros da equipe de saúde responsáveis pelo atendimento”, pois subsidiam o tratamento terapêutico do paciente. É também através das informações contidas nos prontuários que outros sistemas são alimentados, como o SINOBS e o SINASC, e as estatísticas e orientações são geradas para a elaboração de políticas públicas. Desta forma, ainda segundo Marin (*idem*) “em termos mais gerais, pode-se afirmar que o sistema de saúde de um país é estabelecido graças ao que se tem documentado em um prontuário”.

Nesse contexto, desenhou-se o objeto de pesquisa deste trabalho, que visa analisar o sistema de arquivo médico e gestão de prontuários utilizados pelo HBDF.

1.1 Etapas do trabalho

O presente trabalho encontra-se estruturado em capítulos, para facilitar a leitura e análise do leitor. A primeira etapa é destinada a apresentação do panorama geral do tema e da pesquisa, identificando o problema e as considerações gerais sobre o trabalho e as suas partes.

No primeiro capítulo, o leitor encontrará o conceito de arquivo médico e outros elementos importantes para compreensão do trabalho, bem como a descrição da organização, o trâmite, as normas e a função do arquivo médico. Também serão abordados alguns conceitos, elementos básicos constituintes da problemática central da pesquisa e ambientação do leitor aos métodos de arquivamento utilizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES.

O segundo capítulo é destinado ao Hospital de Base do Distrito Federal em seu contexto social e arquivístico. O objetivo é descrever e contextualizar o HBDF, o sistema de arquivo médico adotado, os recursos disponibilizados e as rotinas de trabalho dos servidores e

demais colaboradores do setor de arquivo médico, trazendo um diagnóstico arquivístico da situação encontrada na Instituição.

No terceiro capítulo, será apresentada a metodologia de trabalho para elaboração desta monografia.

A segunda etapa é destinada à análise do atual sistema de arquivo médico adotado pelo Hospital de Base do Distrito Federal. Neste item, serão discutidos os dados coletados ao longo da investigação e por meio das reflexões propostas serão estudados os resultados obtidos destacando pontos de relevância sobre a gestão e sistemas de arquivo utilizados pelo Hospital.

Por fim, a conclusão, onde serão feitas as considerações finais da pesquisa, respostas pontuais para os objetivos do trabalho e apontamentos arquivísticos sobre gestão documental, traçando paralelos entre o desejado e a realidade encontrada. Serão expostos também, a compreensão dos possíveis limites e horizontes reflexivos encontrados ao longo da investigação.

1.2 Objetivo geral:

Analisar a gestão do sistema de Arquivo Médico do Hospital de Base do Distrito Federal.

1.3 Objetivos específicos:

- Identificar a organização do arquivo médico.
- Contextualizar o Hospital de Base do Distrito Federal e a gestão dos prontuários dos pacientes.
- Analisar a gestão do arquivo médico utilizado no HBDF

1.4 JUSTIFICATIVA

O Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF é um hospital de grande porte, responsável por atendimento de alta complexidade da rede de saúde pública do Distrito Federal. É também o maior hospital público do Centro-Oeste e oferece serviço de saúde pública à população local e das cidades do entorno.

A informação para o gerenciamento de uma instituição do porte do HBDF é fundamental, logo, a elaboração de um sistema de informação que atenda às necessidades de todas as partes envolvidas (usuários internos e externos), apoie as tomadas de decisão e operacionalize atividades com maior eficiência é crucial.

Sabe-se também que, na arquivística, poucos textos são produzidos a respeito dos métodos de sistematização de arquivos típicos de hospitais e unidades de saúde. Desta forma, acredita-se que estudar a sistemática de organização do sistema de arquivo médico do HBDF à luz da arquivística é uma forma de entender como a Arquivologia pode auxiliar a área da saúde a produzir dados substanciais para atingir os objetivos do Sistema de Informação de Saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

É importante pensar que o registro clínico não atende somente a necessidades do médico ou das equipes de saúde, mas sim, no fato de que ele é: o histórico da vida clínica do paciente, fonte de pesquisa, documento de informação para elaboração de políticas públicas na área de saúde e objeto de prova jurídica, entre e muitos outros aspectos envolvidos.

Para isso, é essencial conhecer os conceitos inerentes à área de Saúde, sem perder o foco no disposto na Constituição Brasileira de 1988, nos títulos destinados à Saúde, no que tange aos direitos e deveres de todos os atores envolvidos com a Saúde (estado, pessoas físicas e jurídicas), atendimento amplo, irrestrito, digno e igualitário e participação da comunidade.

É igualmente importante falar do conceito de saúde, não como o juízo de ausência de doença, mas adotando a ideia defendida pela Organização Mundial de Saúde – OMS³ que é atualmente a mais utilizada, e define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”. Nesse sentido, percebe-se que a abordagem da Saúde não é necessariamente o tratamento que cura doenças, mas todas as práticas e políticas públicas que garantam a manutenção do bem-estar do indivíduo, considerando-o um ser único, complexo e com necessidades diversas; logo, a abordagem a esse indivíduo deve ser integrada e interdisciplinar.

Segundo Arnodo (1993, p.12), “A pedra fundamental de todo sistema de informação médica ou hospitalar é o prontuário do paciente que requer uma estruturação sólida de forma que os dados sejam úteis ao administrador e ao médico”. Os registros produzidos pela equipe médica, do prontuário aos sistemas de informação, são instrumentos auxiliares que registram informações primordiais para a manutenção e/ou recuperação da saúde da pessoa, considerando sua necessidade individual e o contexto em que está inserida, influenciando diretamente na formulação de rotinas para o tratamento. Os dados coletados servem principalmente para elaboração e aprimoramento das políticas públicas e prioridades na Saúde; destinação e distribuição orçamentária; identificação de focos endêmicos e epidemiológicos; perspectivas para investimento.

³ A Organização Mundial da Saúde – OMS foi fundada em 7 de abril de 1948. É uma agência especializada em Saúde, subordinada à Organização das Nações Unidas – ONU.

O SUS contribui com essa visão à medida que apregoa a universalização, equidade e integridade. A formação de equipes multidisciplinares contribui para o enriquecimento do histórico clínico do paciente, dando maior subsídio para a tomada de decisão do tratamento, para compreender a realidade e o contexto em que este paciente está inserido na sociedade, trabalhando até de forma preventiva não só no seu caso em particular, mas em benefício de todos. Podemos citar os casos da hantavirose e dengue, que foram estudados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado de Saúde do DF – SES. Nessa situação, o tratamento do indivíduo doente possibilitou à SES identificar o foco endêmico e atuar de forma preventiva tanto no local quanto em toda a sociedade, por meio de propagandas, programas de TV e rádio, cartazes e panfletos explicativos, limpeza dos locais afetados e nos que potencialmente poderiam vir a abrigar o vetor⁴. Tais endemias possuem programas de combate permanente na SES, cujo desenvolvimento só se tornou possível por causa dos dados e das notificações compulsórias ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN.

O registro médico é o documento mais conhecido da área médica e, para Prestes Júnior (2007, p.155):

Em tal documentação deve constar a anamnese⁵, o exame clínico, a prescrição terapêutica, os relatórios de enfermagem e de outros serviços, descrição de cirurgias, ficha anestésica, exames de qualquer natureza, e ainda deve ser minuciosa na descrição das circunstâncias em que os mesmos foram realizados. O prontuário médico *pertence ao paciente, sob a guarda e responsabilidade dos médicos e das instituições de saúde.* (grifo nosso)

De acordo com a Resolução do CFM nº 1.638/2002, art. 1º:

Prontuário médico é documento único, constituído pelo 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.

Para o CRM/DF (2006, p. 11), os prontuários servem como:

Instrumento de consulta, avaliações, ensino, pesquisa, auditoria, estatística médico-hospitalar, sindicâncias, prova de que o doente foi ou está sendo tratado convenientemente, investigação epidemiológica, processos éticos e legais, comunicação entre os profissionais de assistência ao paciente, defesa e acusação.

⁴ Animal ou inseto responsável pela transmissão de doença.

⁵ Anamnese é a entrevista realizada pelo médico e demais profissionais de saúde sobre o histórico clínico do paciente com o objetivo de diagnosticar ou identificar as causas do problema.

A leitura dos parágrafos acima remete, necessariamente, à análise e discussão do que realmente é o prontuário e o seu papel na perspectiva das instituições de Saúde, por se tratar de um acervo de extrema relevância e traduz o relacionamento entre o paciente e a equipe de Saúde.

De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.638/2002, os itens obrigatórios de composição do prontuário são: identificação do paciente (nome, sexo, data do nascimento, filiação, endereço), anamnese, exames físico e complementares, diagnósticos, tratamento, anotações diárias sobre a evolução do estado do paciente. Percebe-se que esses campos são de comum preenchimento de vários profissionais da área de saúde, por isso, trata-se de registro dos trabalhos prestados pela equipe de Saúde, identificando-os individualmente por haver a obrigatoriedade da identificação do profissional que prestou a assistência, bem como todas as informações relativas aos procedimentos e medicamentos utilizados, exames e quaisquer documentos que comprovem o atendimento e os recursos utilizados. De acordo com Prestes Junior (2007, p.154):

As normas do Conselho Federal de Medicina preceituam que o médico não poderá deixar de preencher corretamente o prontuário médico. Essa observância é fundamental, pois sendo o atendimento prestado ao paciente uma ação multidisciplinar, todos os envolvidos ficarão informados sobre as condições clínicas, evolução, resultados de exames e procedimentos realizados nos pacientes. Sob o ponto de vista legal é um precioso instrumento, talvez o mais importante em demandas judiciais, pois é a partir de sua análise que os peritos e julgadores colhem subsídios para a decisão judicial. Sob o ponto de vista de saúde pública, nos prontuários médicos residem os dados, permitindo os dados de prevalências e de incidências de determinadas doenças, permitindo, assim, ações de prevenção e medidas de tratamento mais eficazes.

Segundo a Resolução nº 1.605/2000 do CFM, para segurança do usuário e prontidão de atendimento, cabe à instituição de Saúde, pública ou privada, manter em seu poder esse documento. O paciente, a qualquer momento, tem direito de acesso ao seu prontuário e ao conteúdo em inteiro teor, cabendo à instituição entregar o original ou fotocopiá-lo. Tal demanda, encontra respaldo também na Lei 12.527/2011, conhecida como Lei de Acesso a Informação – LAI, que regula e assegura o direito ao acesso à informação disposto pela Carta Magna de 1988. Para fins desta pesquisa, sugere-se atenção aos artigos 7º e 31 da LAI, que dizem respeito à obtenção do direito à informação e ao sigilo das informações pessoais, respectivamente.

Com base nos argumentos apresentados, é possível confirmar que a localização do prontuário é no setor de arquivo o qual, por sua vez, tem a obrigação de gerenciá-lo a fim de

atender a todos os interessados, dentro e fora do ambiente hospitalar. Essa área de gerenciamento de prontuários é, possivelmente, a que tem maior responsabilidade jurídica pela natureza do trabalho e das informações que armazena; por isso, todos que pertencem a ela devem conhecer e atender aos dispostos nas legislações arquivística e médicas, nos Códigos Civil e Penal, e de Ética dos profissionais de Saúde, bem como os estatutos de proteção a pessoas idosas, a portadores de necessidade especiais e crianças.

2.1 Sistema de informação

O sistema de informações é um conjunto de ações contínuas que visam à produção e à utilização da informação de forma eficiente. Para isso, constante monitoração e melhoria devem compor o quadro de rotinas da Administração.

De acordo com Arnodo (1993, p. 96), na administração hospitalar existem dois tipos de necessidade informacional: para o Administrador, que visa à programação e o gerenciamento das atividades institucionais; e para a comunidade, que visa compreender o contexto em que o hospital está inserido. No primeiro tipo de informação encontram-se o prontuário do paciente e demais registros clínicos, dados estatísticos, recursos disponíveis entre outros; no segundo tipo, dados demográficos, perfil social, sistema de organização da saúde entre outros.

Rosseau e Couture (1998) refletem que é comum que dentro das organizações os diversos profissionais e usuários da informação compreendam e tratem a informação de formas distintas, de acordo com suas necessidades. Todavia, ainda de acordo com os autores, essa particularização da utilização da informação não deve servir de desculpas para a sua monopolização, ao contrário, o fato de vários setores utilizá-la de forma distinta exige estratégias e operacionalização de plano de gestão. Logo, a informação deve ser mais um dos recursos a ser gerenciado eficazmente, baseado em estrutura formal e de conhecimento global, tendo em vista que todos os membros da instituição necessitam de seu amparo para o desempenho de suas funções.

Na esfera hospitalar, o sistema de informação está representado pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME, cujas funções e funcionalidades casam-se perfeitamente com as práticas de gestão arquivística.

2.2 Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME

O Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME tem por objetivo a “Confecção, manutenção, conservação e guarda de prontuário dos pacientes (...). É responsável pelo controle do agendamento ambulatorial e internação, além de servir como fonte de pesquisa científica, reunindo as atividades de Arquivo, Registro e Estatística” (BEZERRA, 2002, p. 12).

Trata-se de serviço imprescindível para o contexto hospitalar, uma vez que, com o conjunto de suas atividades, possibilita a produção e gerenciamento de uma gama de informações capazes de melhorar as atividades administrativas e clínicas, além de possibilitar a avaliação contínua dos serviços prestados pela própria instituição e pelos órgãos de controle externo e de saúde pública.

Os registros clínicos possuem fluxo de informação que viabiliza o atendimento e acompanhamento do paciente no hospital e na rede de atendimento (falando especificamente das instituições públicas de atenção à Saúde) e indicam a necessidade de criação de programas e políticas públicas; alocação de recursos; controle epidemiológico; focos epidemiológicos que necessitam de intervenção; pesquisas científicas de promoção à saúde; além de garantir o repasse de verbas do SUS, ao apontarem onde e como o Governo local gasta e gerencia os recursos. De acordo com Proahsa (1978, p.303 apud CAMPAGNOLLI, 2008).

O Serviço de Arquivos Médicos e Estatísticos - 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. (...) Está diretamente subordinado à Diretoria Administrativa e suas áreas de coordenação abrangem os seguintes Setores: Registro Geral, Arquivo Médico e Estatística.

A equipe que atua no SAME não é a mesma estafe da Saúde, e sim os analistas, técnicos e auxiliares administrativos incumbidos de fornecer à instituição de saúde informações que impliquem em condições adequadas de atendimento e tomadas de decisões acertadas, uma vez que os registros contêm as informações utilizadas para essa finalidade.

De acordo com o CRM/DF (2006), é imprescindível que as instituições de saúde possuam um serviço de prontuários e que contem no mínimo com três setores:

1. Registro ou matrícula: abertura do prontuário com preenchimento de campos obrigatórios de identificação do paciente e informações relevantes para a sua primeira consulta.
2. Documentação: elaboração de dados advindos dos prontuários – estatísticas, relatórios, notificações, levantamento de custos; e demais informações relevantes para a administração e a prática de atendimento dos profissionais da saúde. Este setor possibilita o compartilhamento da informação e o entrosamento entre os diversos usuários que necessitam dos dados para o desenvolvimento de suas atividades.
3. Arquivamento: responsável pelo gerenciamento, guarda, conservação, empréstimo, controle e organização dos prontuários. É também responsável pela seleção dos prontuários que serão avaliados pela comissão médica de avaliação de prontuários. É marcado pela atividade típica de arquivo intermediário.

De acordo com o Ministério da Saúde (1977, p. 14), o SAME é a “unidade de administração” do hospital, e caracteriza-se como “conjunto de elementos onde está localizada a maioria dos serviços destinados às atividades administrativas do hospital, compreendendo, basicamente, pessoal, contabilidade, comunicações, transportes, matrícula e registro de pacientes”.

Como nas práticas arquivísticas, à medida que os registros percorrem o curso adequado de gestão e seguem os trâmites determinados, tornam-se visíveis os resultados positivos apontados por Rosseau e Couture (1998).

A importância do SAME equipara-se a importância da gestão da informação, que é a de permitir a agilidade da difusão e acesso à informação uniformemente entre todos os membros da organização, otimizando a tomada de decisão, diminuindo gastos desnecessários, orientando a Instituição a caminhos acertados e vantajosos, do ponto de vista social e econômico.

Os benefícios advindos dessa boa prática resultam em melhores serviços prestados ao cidadão, contemplando-o de forma integrada, como disposto pelo SUS.

2.3 Métodos de arquivamento

Método de arquivamento é a forma utilizada para a organização física dos documentos, sendo uma atividade fundamental para a recuperação e disponibilização da informação de maneira eficiente.

Para cada instituição, setor ou órgão existirá a forma adequada de arquivamento. Marilena Leite Paes (1997) elenca no seu livro “Arquivologia: teoria e prática” alguns modelos de organização de acervo mais utilizados nas instituições. O mais comum é associar pelo menos dois tipos de metodologia como forma de reduzir as possibilidades de erro, uma vez que todas possuem vantagens e desvantagens. O importante é garantir que, independentemente da forma adotada, a metodologia seja registrada, a fim de perpetuar a organização e facilitar o trabalho de todos no setor, quando o responsável pelo arquivamento e recuperação da informação não estiver presente.

Em Brasília, segundo estudos feitos pelo Arquivo Público do Distrito Federal – ArPDF, os hospitais públicos adotam, como praxe, para os prontuários em suporte de papel as seguintes metodologias: *cron-dalfa* e dígito terminal.

2.3.1 Cron-Dalfa

De acordo com dados obtidos em registros no ArPDF, o sistema *cron-dalfa* é a metodologia utilizada pela maioria dos Hospitais Público do DF. Os Hospitais que adotam metodologia diferente são: Hospital de Base do DF; Hospital Regional do Gama e Hospital Regional da Samambaia.

Esse sistema recebe o nome da pasta de registro clínico padrão utilizado em vários hospitais. Conforme descrito por Turra *et all* (2012), a metodologia consiste em organizar os prontuários clínicos com base no ano e mês do nascimento dos pacientes. Cada mês e cada década possuem uma cor própria para identificação visual do dossiê nas estantes.

MÊS	COR	ANO/DÉCADA	COR
Janeiro	Lilás	1900 - 1909	Lilás
Fevereiro	Verde Escuro	1910 - 1919	Verde Escuro
Março	Marrom	1920 - 1929	Marrom
Abril	Cinza	1930 - 1939	Cinza
Maio	Azul	1940 - 1949	Azul
Junho	Verde Claro	1950 - 1959	Verde Claro
Julho	Laranja	1960 - 1969	Laranja
Agosto	Rosa	1970 - 1979	Rosa
Setembro	Amarelo	1980 - 1989	Amarelo
Outubro	Vermelho	1990 - 1999	Vermelho
Novembro	Preto	2000 - 2009	Lilás
Dezembro	Não tem cor, é a cor da pasta (palha)	2010 - 2019	Verde Escuro

Tabela1: Cores utilizadas no método *cron-dalfa*

A pasta do prontuário, padrão para toda a Secretaria de Estado de Saúde⁶, possui uma aba lateral com numeração de 0 a 9 (indicando os anos das décadas) e a letra “M” (indicando o mês). Conforme o ano de nascimento dentro da década avança-se a coloração dos números. Logo, se um paciente nasceu em 1920, será pintado de marrom somente o número 0, já um paciente que tenha nascido em 1928, serão coloridos os números de 0 a 8. A letra “M” deve adquirir a cor referente ao mês de nascimento do paciente, assim, se tiver nascido em fevereiro, a letra “M” ganhará a cor verde escuro, e se tiver nascido em dezembro, a letra “M” não será colorida, ou seja, será a cor da pasta, conforme apresentado na tabela 1.

O segundo critério adotado é o sexo do paciente. Assim, separam-se em estantes distintas os prontuários dos pacientes do gênero feminino, identificados pelo dígito 2, e dos pacientes do gênero masculino, pelo dígito 1.

Nas unidades produtoras dos prontuários, cada um deles também pode ser localizado pelo nome do paciente. Nos registros clínicos usam-se as iniciais do nome do paciente no primeiro campo; no segundo, a data de seu nascimento no formato dd/mm/aaaa; no terceiro, o nome dele por extenso; no quarto campo, o número provisório do SUS, se for o caso; no quinto campo é registrado o número da unidade de saúde; e o sexto é usado para anotar o

⁶ A explicação sobre o preenchimento da pasta do prontuário foi elaborada com base na explanação dos servidores do setor de arquivo do Hospital.

número definitivo do cartão do SUS. Os três últimos campos são o número do prontuário representado pela data de nascimento do paciente (dia e mês) e pelo sexo (1 – masculino e 2 – feminino).

INICIAIS DO NOME	C D	DATA NASCIMENTO			SEXO	NOME E SOBRENOME	0
		DIA	MÊS	ANO	1 – M 2 – F		1
							2
							3
Nº CARTÃO SUS		UNIDADE DE SAÚDE		Nº CNES DA UNIDADE DE SAÚDE			4
Nº Provisório		GNAS – HRAS		Nº SUS Definitivo			5
							6
							7
							8
							9
							M

**REGISTRO CLÍNICO
CRON-DALFA**

Figura 1: modelo da pasta utilizada nos hospitais públicos do DF.

Abaixo, apresentado na figura 2, o exemplo de como seria preenchido a pasta de registro clínico de uma pessoa com os seguintes dados: Maria José Cavalcante Ribeiro, nascida em 25/08/1994.

INICIAIS DO NOME	CD	DATA NASCIMENTO			SEXO	NOME E SOBRENOME	0
MJCR		DIA	MÊS	ANO	1 – M	Maria José Cavalcante Ribeiro	1
		25	08	1994	2 – F		2
Nº CARTÃO SUS		UNIDADE DE SAÚDE			Nº CNES DA UNIDADE DE SAÚDE		3
Nº Provisório 0000000000000000		GNAS – HRAS 13			Nº SUS Definitivo 0000000000000000		4
							5
							6
							7
							8
							9
							M

25	8	02
----	---	----

REGISTRO CLÍNICO
CRON-DALFA

Figura 2: modelo de preenchimento da pasta utilizada pelos hospitais públicos do DF.

A pasta possui a seguintes características:

- Dimensões: aberta 320 x 438mm mais dobra de reforço de 25mm na lateral esquerda,
- Papel: kraft 290g/m² fibra longa,
- Cor: palha clara,
- Características Adicionais: com 4 (quatro) vincos no centro, com tarja dobrada, colada a inscrição e os números 0 (zero) a 9 (nove) e a letra M, equipada com grampos especiais de tamanho padrão (8cm entre os braços) com no mínimo 4 (quatro) presilhas inseridas sob pressão mecânica. A impressão da tarja, logotipo e identificação da SES - DF e demais dizeres na cor preta.

2.3.2 Dígito Terminal

De acordo com dados do ArPDF, esta metodologia é utilizada pelo Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF e pelo Hospital Regional de Taguatinga – HRT. Só no Hospital de Base do DF são mais de 1.300.000 (um milhão e trezentos mil) prontuários.

Paes (1997, p.76) descreve essa metodologia e a indica para organização de grandes massas documentais: “esse método surgiu em decorrência da necessidade de serem reduzidos erros no arquivamento de grande volume de documentos cujo elemento principal de identificação é o número”. Nesta metodologia, os números são dispostos de maneira sequencial, formando grupos de dois a três dígitos cada e são lidos da direita para a esquerda. No HBDF e no HRT, a distribuição numérica é feita em três casas, sendo a primeira, da direita para a esquerda, composta por três dígitos (de 000 a 999), e as outras duas casas formada por dois dígitos (de 00 a 99). A última casa, ou seja, os dois últimos dígitos indicam a localização de arquivamento, e para isso, utiliza-se o sistema *cron-dalfa* conforme indicado na tabela 2.

ÚLTIMOS DÍGITOS	COR
00 - 09	Lilás
10 - 19	Verde Escuro
20 - 29	Marrom
30 - 39	Cinza
40 - 49	Azul
50 - 59	Verde Claro
60 - 69	Laranja
70 - 79	Rosa
80 - 89	Amarelo
90 - 99	Roxo

Tabela 2: Cores utilizadas no método dígito terminal do HBDF e HRT.

Cada paciente recebe uma numeração do prontuário que é aleatória, ou seja, não existem grupos numéricos que representem letras ou datas.

Em geral, o paciente não recorda o número do prontuário, por isso, os hospitais recorrem aos cartões de inscrição que servem para a posterior recuperação do prontuário. Os campos obrigatórios de preenchimento são: nome; sobrenome; data de nascimento e nome dos pais. A abertura do prontuário está vinculada ao pedido médico para atendimentos ambulatoriais e a internação superior a três dias no Pronto Socorro.

A distribuição dos dígitos segue a formatação exemplificada na figura 3:

000	00	00
-----	----	----

Figura 3: modelo de distribuição dos números na metodologia decimal utilizada pelo HBDF e HRT

Os cinco primeiros números (primeira e segunda casas) são sequenciais, todas as vezes que a segunda casa chega a 99 soma-se um número na última casa, conforme observa-se nas figuras 3 e 4:

Exemplo 1:

100	98	01
100	99	01
101	00	02

Figura 4: 1º exemplo de preenchimento dos números na metodologia digito-terminal utilizados pelo HBDF e HRT

Exemplo 2:

109	98	09
109	99	09
110	00	10

Figura 5: 2º exemplo de preenchimento dos números na metodologia digito-terminal utilizados pelo HBDF e HRT

Embora inicialmente pareça uma metodologia confusa e pouco eficiente, a forma de distribuição sequencial dos números facilita o controle da produção documental, o registro dos pacientes, o endereçamento e a localização posterior do prontuário. Segundo dados da SES, esses são os dois hospitais que concentram boa parte dos atendimentos médicos do Distrito Federal e entorno, e necessitam, portanto, de agilidade e métodos mais práticos do que organizar os documentos com base na data de nascimento, como o proposto pelo *cron-dalfa*.

2.4 Prontuário do Paciente

O prontuário é o registro realizado pelo corpo clínico sobre a evolução do paciente. Nele são registrados os diagnósticos, intercorrências e forma de tratamento abordada pelos profissionais.

Os primeiros registros datam de 3000 a 2500 A.C no Egito pelo médico Inhotep. No século V A.C, o filósofo Hipócrates, pai da medicina, passa a registrar detalhadamente as doenças e suas possíveis causas.

De acordo com Cruz (2011), em 113 D.C, o hospital São Bartolomeu em Londres realizava registro e evolução clínica. Ainda de acordo com as colocações do autor, é no século XIX, que algo mais próximo ao que conhecemos de prontuário entra em circulação. Nessa época, o cirurgião William Mayo defendia que cada médico deveria possuir o seu prontuário

com a relação de seus assistidos. Esse modelo foi invertido em 1907 e ocorreu a padronização do conteúdo dos prontuários.

No Brasil, o uso do prontuário se deu pela intervenção da Prof.^a Dr.^a Lourdes de Freitas Carvalho, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1944 e posteriormente adotado pelo Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. A obrigatoriedade do uso de prontuários individuais ocorreu com o advento da Resolução nº 1246/88, que aprova o Código de Ética Médica (CRUZ, 2011).

De acordo com a definição do dicionário Houaiss (2001, apud CRM/DF, 2012, p. 9): “o nome prontuário, provém do latim *prontuarium*, lugar em que se guardam as coisas que devem estar à mão, dispensa, armário. Daí, por extensão, manual de informações úteis”.

O prontuário médico é a expressão mais comum e a mais conhecida. Remete à ideia inicial do profissional médico e suas anotações, deixando à margem as anotações dos demais profissionais do corpo clínico. Todavia, de acordo com o CRM/DF (2012), o termo prontuário do paciente é igualmente correto, e, para fins desta pesquisa, será o termo doravante utilizado.

Ainda de acordo com o CRM/DF (2012, p. 11) “o prontuário deve ser organizado para prestar serviços ao paciente, ao corpo clínico, à administração do hospital e à sociedade. (...) É fundamental, portanto, que estejam confluídos nesse documento todos os dados sobre o paciente e os cuidados assistenciais a ele dedicados”. O que vai ao encontro do conceito de prontuário ditado pelo CFM na Resolução nº 1638/2002 e já exposto neste trabalho.

O conceito de prontuário está de acordo com o princípio da proveniência defendido por Rosseau e Couture (1998), que consiste em manter reunidos documentos advindos da mesma origem, neste caso, considerando a origem pessoa física – paciente. Também atende adequadamente as características de um arquivo defendidas por Paes: unicidade – são únicos em sua criação e recepção; origem – descrevem a atividade realizada servindo de prova para ações realizadas; e organicidade – acumulação natural e em decorrência da execução das atividades, majorando o valor das informações contidas nos documentos quando agrupados.

As atividades voltadas à organização e manutenção dos prontuários, como já citados neste trabalho, concentram-se no SAME, e vale ressaltar que as informações contidas nos prontuários têm valor imensurável para pesquisa, investigações epidemiológicas e elaboração de políticas públicas, uma vez que são únicas ou dificilmente seriam obtidas em outras fontes.

No tocante às instituições públicas de saúde e ao poder público, Coelho Jr. (s.d, p.8 apud CRMDF, 2012, p.12) destaca a relevância do registro clínico: “constitui defesa legal, demonstra o padrão de atendimento oferecido, pela análise dos resultados, dispõe dados

comprobatórios para reivindicações e, nas sindicâncias, para apurações de fatos desencadeantes de processos”.

2.4.1 Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP

Para Moura e Filho (2002, p. 2) “um sistema de *Prontuário Eletrônico de Pacientes* (PEP) é uma aplicação computacional que visa fornecer facilidades e serviços para que os profissionais da área de saúde possam manter um acompanhamento efetivo do histórico clínico dos seus pacientes”. Ainda segundo os autores, o PEP é um subsistema de outros existentes no ambiente hospitalar. Eles podem, ou não, estar todos agregados a um único sistema. A escolha está relacionada à capacidade orçamentária da instituição e à disponibilidade tecnológica.

Em geral, as unidades de atendimento a saúde (de consultórios a hospitais), possuem algum sistema informatizado de gestão de informação de saúde, como não são formais, é difícil oficializar a estatística. De acordo com Murahovschi (2000), a informatização da saúde no Brasil é um acontecimento recente e, por isso, a experiência não foi vivenciada, parcial ou totalmente, pelas instituições.

A utilização de PEP traz benefícios muito claros na gestão de informações de saúde. Monteiro e Gomes (2010) elencam alguns deles como: agilidade na coleta de dados, registro e recuperação das informações, emissão de relatórios gerenciais facilitados, dentre outros. Moura e Filho (2002, p.2) colaboram com esta ideia e complementam:

Além de fornecer informações específicas de um paciente, o PEP também pode, em uma visão mais abrangente, fornecer informações de saúde pública sobre uma determinada população em uma localidade específica. As informações fornecidas pelo PEP, devido a sua abrangência e magnitude, devem englobar também as empresas seguradoras (públicas e privadas), com informações de óbito e nascimentos vivos, por exemplo. Até os próprios pacientes poderiam ter acesso ao seu próprio prontuário utilizando recursos da Internet, observados os critérios de segurança, éticos, de legislação, etc.

Segundo Marin (2003) o princípio do PEP é a integração e centralização das informações clínicas e administrativas em um formato padronizado e que possibilite o acesso rápido, de mais de um profissional, à mesma informação de forma segura. Ainda para o autor, esse novo formato de prontuário, amplia a forma de atendimento da demanda de saúde.

Cruz (2011, p. 18) traz algumas definições de PEP:

O prontuário eletrônico possui várias definições e a mais comum é o PEP, utilizada em países de língua espanhola e portuguesa. A SBIS (Sociedade Brasileira de Informática em Saúde) o define como S-RES (Serviço de Registro Eletrônico de Pacientes) ou RES (Registro Eletrônico de Pacientes). Em nível internacional, segundo Costa (2001, p.8), os países de língua inglesa definem o PEP como: “*Computer-Based Patient Record (CBPR), Electronic Medical Record Systems (EMRS), Electronic Patient Record e Electronic Health Record*”.

Os sistemas, a linguagem e as funcionalidades do sistema devem ser discutidos e planejados pela instituição antes da aquisição do sistema que deve atender as demandas peculiares de cada instituição. Estudos são realizados cotidianamente e várias opções de *software* (livres e proprietário) já estão disponíveis no mercado.

2.4.2 Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) no Sistema de Saúde do Distrito Federal

Alguns hospitais regionais e postos de saúde do DF utilizam o sistema de prontuário eletrônico. De acordo com a SES, esses hospitais, além de diminuir consideravelmente a circulação e utilização de papel, agilizaram e aperfeiçoaram o atendimento aos pacientes e oferecem à administração informação em tempo real. Todos os setores contemplados com o SIS, o que inclui a Administração Geral das unidades, acessam em tempo real os registros clínicos dos pacientes, sem a necessidade do trâmite físico do documento.

O sistema possibilita observar todos os movimentos dos setores cadastrados (geralmente, clínicas médicas e emergências), fornecendo dados como: quantas pessoas estão na fila de espera, quantas estão nas enfermarias e ambulatórios, andamento e resultado de exames auxiliares de diagnóstico, diagnósticos médicos, alimentação dos pacientes, restrições médicas, relatórios de enfermagem, fisioterapia e nutrição, quais profissionais da equipe de saúde auxiliaram o paciente em sua estadia no hospital e várias outras informações que ficam registradas em um servidor externo, na Secretaria de Estado de Saúde.

No DF, de acordo com as orientações da SES, o paciente é identificado pelo Cartão do Cidadão (o que servirá futuramente para um cadastro único em todo o sistema de saúde do DF), e, caso ainda não possua, o cadastro é feito no instante da entrada hospitalar, seja para consulta ambulatorial, seja de emergência. Todos os passos dados pela equipe de saúde (lembrando que o laboratório e a farmácia compõem esse time) são registrados no prontuário.

Cada consultório, posto de enfermagem, laboratório e demais dependências do hospital são equipados com computadores ligados à rede central.

3 HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL EM SEU CONTEXTO SOCIAL E ARQUIVÍSTICO

3.1 O início do sistema médico-hospitalar do Distrito Federal

Segundo Silva (1985), no ano de 1958, o médico Henrique Bandeira de Melo foi incumbido de elaborar o Plano Médico-Hospitalar da Nova Capital. O princípio adotado pelo Consultor Hospitalar Henrique Bandeira de Melo foi à descentralização do atendimento, com a construção de unidades que atendessem grupos populacionais, dispensando, desta forma, a construção de hospitais de grande porte e toda sua complexa estrutura logística, operacional e financeira.

Segundo Ernesto Silva (1985), o sistema elaborado pelo Melo, foi criado para:

- Proporcionar atendimento de excelência à população sob regime integrado e de proteção integral;
- Distribuir os hospitais nas cidades satélites de forma a atender aproximadamente a mesma quantidade de pacientes e de ficarem equidistantes entre si e os hospitais do Plano Piloto;
- Atender cada habitante no seu local de domicílio;
- Retirar da “ZONA DISTRITO” unidades de assistência médica que atendiam exclusivamente seus beneficiários diretos, como à época, os casos dos sistemas médicos das autarquias e das Forças Armadas.

A assistência médica seria oferecida por:

- Um Hospital de Base: hospital de grande porte, reunindo todas as especialidades e equipamentos de última geração.
- Hospitais Distritais: assistência de rotina médica, cirúrgica, obstetrícia, socorros de emergência (inclusive domiciliar), serviço de ambulatório e medicina preventiva.
- Hospitais Rurais: assistência de rotina médica à comunidade rural, serviços de medicina cirúrgica, obstetrícia socorros de emergência (inclusive domiciliar), serviço de ambulatório e medicina preventiva.
- Unidades Satélites: unidades de apoio aos Hospitais Rurais com o objetivo de imprimir a dinamicidade das unidades do Plano Piloto.

- Colônia Hospitalar: unidades especializadas no tratamento de doenças específicas – Hospital de Doentes Mentais Crônicos, Hospital de Tuberculose, Hospital de Convalescentes e Crônicos, Centro de Reabilitação e Laboratório Central.

A finalidade do Plano Médico-Hospitalar era acabar com o desperdício de recurso (humanos, financeiros, logísticos, etc.) tornando o sistema econômico, eficiente e proativo, oferecendo dignidade às partes envolvidas – equipe médica, pacientes e familiares e suprindo a carência de atendimento médico-hospitalar da população moradora do DF. Destaca-se no Plano a indicação para a formação de um Conselho Comunitário de Saúde, com a participação de toda sociedade.

Com a assinatura do Termo de Acordo entre o Ministério da Saúde e a NOVACAP, no dia 25 de setembro de 1958, teve início as construções dos edifícios previstos na rede hospitalar de Brasília, o primeiro deles, o Hospital Distrital na Superquadra 101. Em setembro de 1959, foram construídos dois Hospitais Rurais, um em Sobradinho e outro em Taguatinga com capacidade de atender 400.000 pessoas, cada. Já o Hospital de Base foi inaugurado em 12 de setembro de 1960.

Em 1960, com a mudança definitiva da Capital Federal para Brasília, criou-se a Prefeitura de Brasília e sob sua responsabilidade a Secretaria de Saúde. Ainda em 1960, criou-se a Fundação Hospitalar em substituição ao Conselho Comunitário de Saúde.

Em 1979, novo Plano de Saúde foi traçado para a cidade, desta vez pelo Dr. Jofran Frejat. O estabelecimento do Plano se daria entre os anos de 1979 a 1984. O Plano em parte reafirmava o primeiro, ao ter como linhas gerais o estabelecimento de uma rede de complexidade crescente das unidades, descentralizando os serviços (unidades satélites – hospitais distritais/rurais – hospital de base) e a implantação das unidades satélites em locais estratégicos.

O trabalho preconizava ainda a implantação de 40 unidades de saúde, denominadas Centros de Saúde, responsáveis pelo atendimento primário e a realização das seguintes atividades:

- Controle de doenças evitáveis por imunização
- Controle de doenças transmissíveis
- Nutrição, alimentação e puericultura
- Combate às endemias
- Saneamento e educação sanitária

- Assistência ao grupo materno-infantil
- Assistência primária ao adulto
- Primeiros socorros
- Atendimento odontológico.

Entre 1979 e 1982 foram implantados 33 centros de saúde, o Hospital Regional da Ceilândia e o Laboratório Regional da Ceilândia.

3.2 O Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF

De acordo com o contrato nº 7785 de 1959, o projeto de criação do Hospital de Base do Distrito Federal foi elaborado em 1957, pela Companhia Urbanizadora da Nova Capital – NOVACAP, e posto em execução pelo contrato supracitado. O Hospital foi construído pela construtora FOMISA, Fomento Industrial S/A, e deveria preencher todas as expectativas elaboradas pelo Dr. Bandeira de Melo. A empresa também seria responsável pelo projeto hospitalar como um todo, e isso significava a elaboração da parte administrativa e médica, tanto da estrutura funcional como organizacional.

Aprovado o projeto, e chancelado o contrato, as obras do prédio principal foram findas e o Hospital foi inaugurado em 12 de setembro de 1960. Inicialmente, o HBDF foi batizado como Primeiro Hospital Distrital de Brasília – HDB, vindo ao encontro do modelo de assistência à saúde formulado por Melo e desempenhou adequadamente o seu papel de hospital de referência, recebendo não só moradores locais, como também da região do entorno e das regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste do Brasil.

Em 1976, tornou-se Hospital de Base do Distrito Federal dada a estrutura e os tipos de serviços prestados.

Em 1977, o Ministério da Saúde – MS cria uma categorização de modelos hospitalares que contribui para a ratificação do posto de Hospital de Base ao antigo HDB. Essa categorização reina até os dias atuais e distingue as unidades hospitalares de acordo com a complexidade do atendimento prestado e quantidade de leitos.

Sendo assim, considera-se hospital de base a instituição hospitalar destinada à coordenação e à integração do serviço médico-hospitalar de uma área, e que esteja apta a prestar assistência especializada mais diferenciada a pacientes de hospitais de pequeno e

médio porte, além da assistência médico-cirúrgica. Seguindo a classificação do MS, O HBDF é um hospital de capacidade extra, uma vez que possui 885 leitos.

Atualmente, o HBDF faz mais de 850.000 atendimentos por ano, possui 37 especialidades médicas ambulatoriais e 12 no Pronto-Socorro, e atende, além da população do DF, a população do entorno e ainda é referência de atendimento na região Centro-Oeste, sendo o maior hospital público da região.

O Hospital também exerce atividade acadêmica, pois recebe em suas dependências alunos da área de saúde de Instituições de Ensino Superior e Médio conveniadas à Secretaria de Estado de Saúde do DF.

3.3 Diagnóstico arquivístico do Setor de Arquivo Médico em 2006

Em maio de 2006, o Arquivo Público do Distrito Federal – ArPDF, por intermédio da sua Diretoria de Gestão documental, a pedido do próprio Hospital, procedeu a visita técnica ao setor de Arquivo Médico do HBDF para verificar a situação física do local destinado a guarda do acervo e as condições de arquivamento. À época, o arquivo médico encontrava-se subordinado à Gerência de Regulação, Controle e Avaliação - GRCA, e localizava-se no andar térreo em um espaço de 500 m², aproximadamente, junto ao ambulatório.

O acervo era composto por mais de 1.300.000 (um milhão e trezentos mil) prontuários, armazenados em arquivos deslizantes. As atividades eram desenvolvidas por 11 servidores, divididos em três turnos de funcionamento ininterrupto.

O quantitativo de consultas era mensurado pelo número de atendimentos médico-hospitalares realizados, o que contabilizava, naquele período, uma média de 20.000 consultas por mês, em 109 consultórios ambulatoriais, que atendiam aproximadamente 30 pacientes por médico ao dia, segundo dados colhidos no Parecer nº 2/2006 elaborado pelo ArPDF.

O arquivo também era responsável pela guarda: das guias de internação e alta, dos resultados avulsos de procedimentos médicos e pelas Guias de Atendimento de Emergência (GAE), que são formulários decorrentes dos atendimentos realizados no pronto-socorro do Hospital – mais de 525.000 atendimentos emergenciais ao ano. Esses documentos geravam em média 350 caixas-arquivo por ano (46 m/l de documentos).

No tocante às instalações físicas, os servidores que realizaram a visita observaram vários pontos de infiltração em contato com fios elétricos, apresentando riscos de curto-

circuito; fiação exposta em contato com papel e com armários de aço deslizantes, bem como fiação elétrica do piso exposta em corredor de circulação dos servidores. Não existiam janelas, tampouco saídas de emergência e qualquer tipo de sistema eficaz de combate à incêndio. Pouca iluminação natural e a elétrica não era satisfatória para o desenvolvimento das atividades, em especial no período noturno. E, embora contasse com um bom espaço físico, este não era suficiente para comportar o tamanho do acervo.

Em relação ao mobiliário, a equipe do ArPDF identificou que o setor era desprovido de *nobreak*, o sistema telefônico era ineficiente (poucos aparelhos e mal localizados), computadores e pontos de rede em quantidade insuficiente para o desenvolvimento das atividades do setor, quiçá a possibilidade de implantação de *software* de gerenciamento da informação e tantos outros tipos de aportes operacionais. Somava-se também os poucos recursos de trabalho e equipamentos de proteção individual, como: pastas para abertura de prontuários, máscaras e luvas de procedimento e óculos de proteção.

Os arquivos deslizantes, os armários de aço e o mobiliário das fichas de localização de prontuário estavam danificados devido à falta de manutenção e excesso de peso, o que dificultava o acesso à documentação, colocando em risco a saúde dos funcionários, impossibilitando a higienização, conservação e preservação do suporte.

Os prontuários eram organizados de acordo com a metodologia de classificação por dígito-terminal mesclada à *cron-dalfa*, e eram resgatados tanto pelo número do prontuário quanto pelas fichas de localização, que eram ordenadas pelo nome do usuário e disponibilizadas em ordem alfabética.

Os empréstimos eram realizados mediante solicitação dos setores de atendimento médico do hospital, em especial do ambulatório. O controle era feito com a utilização de guia-fora que continham o nome do paciente, número do prontuário e médico/especialidade responsável pela retirada do prontuário.

Naquele ano, o hospital já vislumbrava a possibilidade de digitalização e/ou microfilmagem do acervo por meio de licitação e, concomitantemente, para avaliar o contexto documental em que estava inserido, criou uma comissão denominada “mutirão”, formada por servidores voluntários e de caráter informal. O objetivo da comissão era proceder a seleção e encaminhar ao Arquivo Central da Secretaria de Estado de Saúde prontuários com mais de 10 anos sem movimentação.

O ArPDF elaborou parecer e encaminhou à Direção do Hospital, onde relatou as condições em que o acervo se encontrava e indicou os procedimentos técnicos e legais a serem adotados pelo Hospital.

3.4 Diagnóstico do Setor de Arquivos Médicos atual

O setor de arquivo médico ainda encontra-se subordinado à GRCA, com as mesmas atribuições e localização. O trabalho da comissão de mutirão de seleção de prontuários para envio ao arquivo geral da SES resultou na diminuição do acervo dos 1.350.000 prontuários. Atualmente, o setor possui em sua guarda somente 800.000 prontuários. Os demais prontuários foram enviados à empresa responsável pela guarda e digitalização do acervo da SES.

As condições de trabalho dos atuais 19 servidores e as instalações físicas não sofreram alteração e permanecem praticamente as mesmas, com exceção das instalações elétricas que passaram por reparo e adequações e/ou inutilização de alguns módulos dos arquivos deslizantes.

A metodologia de organização do acervo físico também permanece a mesma, todavia, melhorias ocorreram e, aos poucos, o hospital foi adotando sistemas eletrônicos de controle e tramite do acervo clínico.

Em 2010, foi implantado o *Trackcare*, um programa de gestão eletrônica de informação que compõe o Sistema Integrado de Saúde – SIS. Inicialmente, o programa possuía exclusivamente o módulo de gestão de prontuários dos pacientes e atualmente também conta com o módulo de gestão de material conforme figura 6.

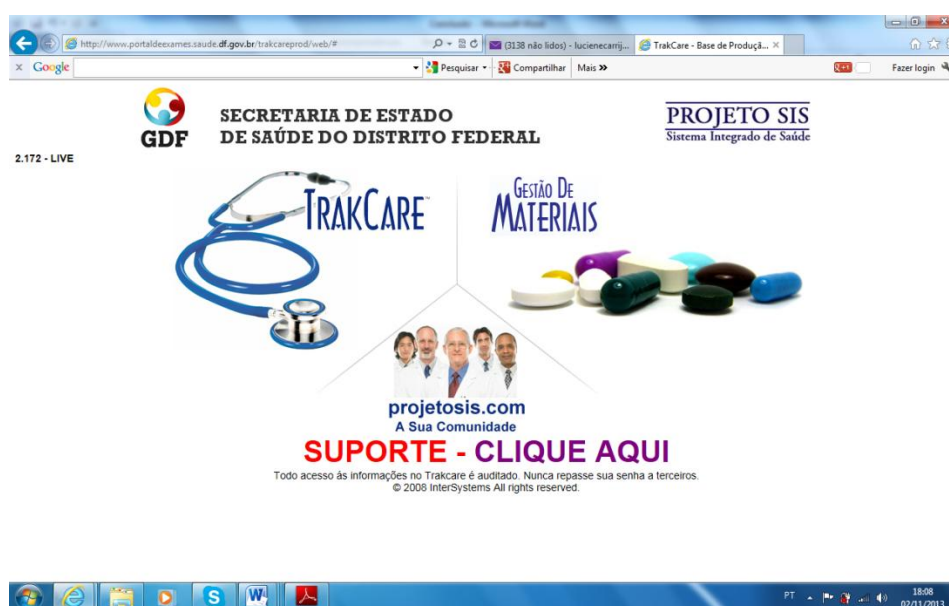


Figura 6: tela de apresentação do sistema *Trackcare*. Disponível no site: <http://www.portaldeexames.saude.df.gov.br/trakcareprod/web/#>

Com a implantação do *Trackcare*, os prontuários passaram a existir somente no suporte virtual e, alguns procedimentos foram remodelados como a tramitação de prontuários de outros hospitais para o HBDF; empréstimos e tramitação dos prontuários em suporte de papel; envio de informação de pacientes para outras unidades de atenção à saúde, e assim por diante.

Para o gerenciamento das GAEs, o HBDF utilizou três programas distintos desde 2008: *Netterm* (também conhecido por APAR) – programa de registro de entrada e acompanhamento dos pacientes, utilizados em substituição ao formulário impresso; sistema próprio disponível na intranet – também com a finalidade de registro e evolução do tratamento ao paciente; e, desde 25 de janeiro de 2012, o *Trackcare*. Para organização do passivo de GAEs, foi adquirido o programa de digitalização e recuperação da informação – *Content e Sistodoc*.

Outra mudança significativa foi à terceirização de guarda e digitalização de prontuários inativos, realizada pela SES, por intermédio do contrato nº 77/2012 com a empresa TCI BPO Tecnologia, Conhecimento e Informação S/A. O objeto do contrato publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 172, de 28 de agosto de 2012 (p.34, seção 3) é a:

Prestação de serviços de modernização da gestão documental, contemplando: Sistema de Gerenciamento eletrônico de documentos e informações, digitalização de documentos em papel e microformas para imagem digital com indexação, reconhecimento óptico e inteligente de caracteres (OCR), organização e gestão física de documentos com treinamento e capacitação. Prazo de Vigência: 12 (doze) meses a partir da data de sua assinatura, permitida a prorrogação na forma da lei vigente. Valor Total: R\$ 7.763.701,00 (sete milhões, setecentos e sessenta e três mil, setecentos e um reais).

As mudanças ocorridas na rotina do setor de arquivo fortaleceu seu posto de gestor e repositório das informações clínicas dos pacientes.

4 METODOLOGIA

Para Pádua (2007, p.31), pesquisa é “toda a atividade voltada para a solução de problemas; (...) é a atividade que vai nos permitir, no âmbito da ciência, elaborar um conhecimento, ou um conjunto de conhecimentos, que nos auxilie na compreensão desta realidade e nos oriente em nossas ações”. Ainda para Pádua (2011), a pesquisa é um elemento fundamental para o processo de investigação. Complementando o discurso de Pádua, Gil (2006, p. 42, apud Assis, 17) “apresenta o conceito de pesquisa social, cujo propósito consiste em descobrir resposta para problemas, através do emprego de procedimentos científicos”.

De acordo com as definições teóricas proposta por Silva (2005) sobre o tema, seguem algumas características referentes a este projeto. A pesquisa foi de natureza aplicada (gerar conhecimento prático para situações específicas), com forma de abordagem qualitativa que, segundo Neves (1996, p. 1):

Os estudos de pesquisa qualitativa diferem entre si quanto ao método, à forma e aos objetivos (...) os trabalhos qualitativos enumera um conjunto de características essenciais capazes de identificar uma pesquisa desse tipo, a saber: (1) o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental; (2) o caráter descritivo; (3) o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida como preocupação do investigador; (4) enfoque indutivo.

Dessa forma, este trabalho foi desenvolvido da seguinte maneira:

- Ambiente natural como fonte de informação: a pesquisa foi realizada no Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF;
- Caráter descritivo: pretende observar e descrever a rotina atual do hospital;
- Significado que as pessoas atribuem: objetiva identificar a relação da rotina e aspectos de conhecimento com o objeto de trabalho.
- Enfoque indutivo: com base nas observações e com o auxílio da referencia bibliográfica, foi possível interpretar os dados coletados e relacioná-los a fatos e/ou atribuir valor.

O projeto teve objetivo exploratório, visando à observação da rotina de trabalho e decisões do hospital para compreensão do contexto atual da instituição. Foram utilizados três procedimentos técnicos para fundamentar a pesquisa:

- Levantamento bibliográfico com enfoque em sistema de arquivo, sistema de gestão da informação e prontuários dos pacientes. De acordo com GIL (2002), trata-se do estudo com base em material já elaborado, e tem como vantagem a ampliação das observações do objeto de estudo. Ainda de acordo com o autor, as fontes bibliográficas podem ser de leitura corrente ou de referência. Neste trabalho, emprega os dois tipos de leitura.
- Pesquisa documental em que foram privilegiados relatórios institucionais, organogramas, fluxos de informação, manuais de procedimento, relatórios do Arquivo Público do Distrito Federal – ArPDF sobre as condições do acervo e da gestão documental do HBDF. A pesquisa documental está vinculada à fonte primária da informação, sem a análise crítica de outro autor, sendo esta uma das principais vantagens desse tipo de pesquisa.
- Estudo de caso concreto e particular do HBDF, o que não impede a utilização dos resultados, por assimilação à outras instituições públicas de saúde do Distrito Federal. Esse tipo de pesquisa possibilita a observação do objeto de estudo em seu contexto real, enfatizando justamente as peculiaridades do objeto e não sua generalização.

O levantamento bibliográfico foi realizado em pesquisas em acervo bibliográfico e sites de artigos científicos na internet, como o Scielo e a Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. Já a pesquisa documental, realizada em todas as caixas que continham documentos sobre o Hospital de Base do Distrito Federal, concentrou-se em documentos encontrados no ArPDF. O estudo de caso foi realizado em duas visitas agendadas nos meses de outubro e novembro, a primeira em um dia de pouco movimento no Setor de Arquivos para compreensão do trabalho e das rotinas específicas, e outra em dia de grande movimento, para observar todos os agentes interagindo da forma mais dinâmica possível.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Em 53 anos, a GRCA do HBDF permaneceu praticamente a mesma. As mudanças se deram na acumulação de prontuários e demais problemas típicos do setor – erros de arquivamento, dificuldade em localização da informação (seja registrada de prontuário, GAE ou qualquer outro tipo de documento), falta de conservação do suporte, problemas no tramite e controle de empréstimos, problemas de comunicação entre setores, entre outros. Até 2006, nenhuma atividade correlacionada à gestão de prontuários e à informação de saúde eram informatizadas no Hospital e todos os suportes documentais e rotinas informacionais eram registrados em papel.

Este é um problema bem descrito por Marin (2003, p. 64):

Assim, as organizações de saúde repetiram a história da maioria das empresas dos demais setores: começaram o processamento das informações em pequena escala, automatizando principalmente os processos administrativos, um por vez. Foram crescendo, sem nenhum planejamento e de forma independente. Como cada aplicação requer seus próprios arquivos e seu próprio programa para operá-los, ao final de 5 ou 10 anos, a organização encontra-se sobrecarregada com algumas centenas de programas e aplicações que ninguém sabe bem o que fazem, como fazem, que dados são utilizados, de fato, e por quem. Porém, se pararem, podem levar a organização a um caos ainda maior. E, em tratando-se do setor saúde, estes podem ser os únicos arquivos com dados importantes dos pacientes e da própria instituição.

Desde o ano de 2006, o Hospital tinha a intenção de promover a informatização dos processos destinados ao registro e controles clínicos. Em 2008, a primeira tentativa ocorreu com a digitalização de GAEs e instalação e utilização do sistema eletrônico *Netterm*, e somente em 2010 teve início o aplicativo de informatização dos prontuários e demais registros e atividades clínicas. Muitos processos ainda não foram concluídos, por exemplo, laudos de exames de imagem e DO. Os registros dos exames de imagem no PEP se restringem ao laudo, o documento da imagem propriamente dita fica a encargo de o paciente buscar no setor. Outro exemplo de informação de extrema relevância para a elaboração de políticas públicas e que está em fase de implantação no prontuário eletrônico do paciente – PEP do HBDF são as DO. O óbito é informado às autoridades competentes, mas, como ainda são geradas em suporte de papel, não constam no PEP.

Conforme exposto por Flores (1998), o conceito de suportes informáticos é distinto do conceito de sistema de gerenciamento eletrônico (GED). Os suportes informáticos equiparam-

se a documento eletrônico ou digital, que são aqueles produzidos em meio eletrônico ou escaneados, já o sistema GED utiliza de tecnologia para produzir, captar, armazenar e gerenciar os documentos em formato eletrônico.

O Sistema Integrado de Saúde – SIS é um sistema computadorizado e tem por objetivo complementar os cuidados à saúde ao permitir o gerenciamento de ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento das doenças. De acordo com Campagnolli (2008, p.8) “os sistemas de informação hospitalar são desenvolvidos para área da saúde especificamente, com as padronizações já definidas pela Agência Nacional de Saúde – ANS, para que sejam possíveis as trocas de informações devendo ser cada vez mais eficientes e eficazes”.

O sistema eletrônico de gerenciamento de informação em saúde é destinado ao gerenciamento do Prontuário Eletrônico de Pacientes (PEP). São *softwares*, geralmente desenvolvidos em uma multiplataforma em linguagem JAVA, que utiliza banco de dados relacional PostgreSQL, o que permite a integração das informações geradas pelo próprio sistema e outros aplicativos corporativos. Trata-se de uma ferramenta dinâmica, com interface amigável e que evolui conforme a necessidade da Instituição, acrescentando quantos módulos forem necessários, bem como a customização dos existentes de acordo com a demanda da instituição (MONTEIRO e GOMES 2010).

Segundo o manual da InterSystems (2009, p.1), a empresa responsável pelo sistema de PEP do HBDF, “O *TrakCare™* é um sistema conectado de informação de saúde. Ele é uma solução de base Web, com módulos profissionais de saúde e administrativos unificados, que são interoperáveis com aplicações legadas e futuras”. Trata-se de um sistema baseado na *Web*⁷ que utiliza navegador *front-end*⁸ do cliente não havendo necessidade de disponibilidade de banda larga e de energia na área de trabalho. O compartilhamento de dados se dá por *Cache*⁹ da própria empresa o que possibilita a compatibilidade com outros sistemas, o *ensemble*¹⁰ é embutido possibilitando a implantação de novas funcionalidades e ampliação do uso do sistema em novas unidades. Por se tratar de sistema unificado e que viabiliza o acesso remoto, é necessário que os usuários sejam cadastrados e identificados por *login*¹¹. Os

⁷ *Web* – termo em inglês que significa World Wide Web, também conhecido como www. É um sistema de documentos em hipermídia, executados e interligados na internet. (PELEGRINA, 2013)

⁸ *Front-end* – termo que se refere ao início do processo, onde há a coleta de dados do usuário para serem processadas para finalidade específica do programa. (*idem*)

⁹ *Cache* – recurso que permite aos navegadores o armazenamento de informações no disco rígido em arquivos temporários. Esse recurso possibilita o carregamento das informações de forma mais rápida. (*ibidem*)

¹⁰ *Ensemble* – conjunto de vários subsistemas que, apesar de suas condições iniciais diferentes, são idênticos a um sistema estatisticamente considerado. (*ibidem*)

¹¹ *Login* – código de identificação do usuário. (*ibidem*)

programas necessários para o funcionamento do *TrakCare* são: Java Runtime Environment (JRE), Java Advanced Imaging (JAI), SVG Viewer e Adobe Acrobat Reader.

Segundo o CFM (2002, p.4) : “O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) é a principal ferramenta de TICS¹²”, logo, percebe-se claramente que todas as funções do prontuário do paciente em suporte de papel foram transferidas para o PEP, reforçando o papel vital do SAME e do setor de arquivo nas unidades hospitalares. O CFM, por intermédio da Resolução nº 1.638/2002, deixa claro que, independente do suporte do prontuário, as orientações de preenchimento e demais determinações do Conselho devem ser seguidas. Para Stumpf (2000, p.8, apud CRUZ, 2011, p. 21).

O Prontuário Eletrônico (PE) é, em essência, um repositório de dados clínicos, administrado por um *software* de gerência de Bancos de Dados, contendo dados de diversas fontes tais como laboratórios, radiologia, consultórios e salas cirúrgicas, armazenados, de tal forma, que permitam sua recuperação de forma tabular, gráfica, com informação do conjunto do paciente ou sobre um paciente em particular. Estes dados devem estar em grandes servidores (centenas ou milhares de gigabytes).

Segundo Marin (2003), as vantagens do PEP estão em três eixos:

- Acessibilidade: mais de um usuário pode acessar e utilizar o prontuário ao mesmo tempo;
- Legibilidade: por serem digitadas, as informações encontram-se legíveis e preenchidas de forma mais clara e padronizada.
- Localização: a busca do prontuário, para o usuário, é mais fácil.

Nenhuma vantagem será real se não houver planejamento e mapeamento das atividades, como bem afirma Flores (1998). De forma geral, o usuário não é consultado para a elaboração de programas e soluções informáticas. Ainda podemos estender esse comentário aos demais profissionais gestores da informação. Esta afirmação já encontrava respaldo em 1990, em Gavel (*in* SANTOS, 2005, p.20).

Rousseau e Couture (1998, p. 65), percussores da arquivística integrada, afirmam que “qualquer organismo que pretenda encontrar uma solução duradoura para as dificuldades geradas pela informação que detém, deve fazê-lo de modo refletido e ordenado” e, para isso, sugerem três etapas: criação, difusão e acesso; proteção e conservação; classificação e recuperação. Os autores também defendem a criação de vínculo entre os profissionais da Ciência da Informação para a elaboração de instrumentos e programas que de fato atendam aos três requisitos acima e satisfaçam as necessidades do usuário.

¹² TICS – Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde.

O SIS utilizado pelo HBDF, denominado *Trackcare*, possui dois módulos: um voltado aos registros clínicos e hospitalares, substituindo o prontuário do paciente em suporte de papel para o PEP; e outro orientado para a gestão de material do hospital.

Neste momento, o HBDF está em fase de transição entre os registros em papel e os eletrônicos. Para que a migração ocorra sem maiores sobressaltos, foram criadas algumas rotinas.

- Os prontuários a partir do prefixo 135 do sistema dígito-terminal seriam cadastrados somente em meio eletrônico.
- Os prontuários anteriores seriam cadastrados a medida da sua utilização.
- Não existe mais empréstimo de prontuários a outras unidades de saúde. No caso de necessidade de acesso, as informações serão impressas ou fotocopiadas e enviadas por meio de malote próprio.
- Não há recebimento de prontuários de outras unidades de saúde. É aberto um prontuário novo para o paciente no HBDF.
- Os empréstimos de prontuários em suporte de papel para as unidades do HBDF e o retorno ao setor de arquivo é controlado por meio de formulário próprio.
- Ao retirar um prontuário em suporte de papel, é posto uma guia-fora¹³ em substituição.

As rotinas não resolveram os problemas do PEP e dos demais prontuários e registros, além de acrescentaram outros à lista. Como forma de solução, o HBDF possui uma comissão de avaliação de prontuários instituída pela Ordem de Serviço nº 104, de 10 de julho de 2013 aos moldes do determinado pela resolução do CFM Nº 1.638/2002.

Os principais problemas indicados pela equipe do setor de arquivos são:

- Resgate das GAEs: atualmente, as GAEs são produzidas em meio eletrônico no sistema *Trackcare* e, quando o sistema encontra-se inoperante, os procedimentos são feitos pelo formulário padrão que, posteriormente, são encaminhados ao setor de arquivo e digitalizados. Segundo informações do setor, 70% das GAEs do período entre 2000 e 2011 foram digitalizadas e as imagens encontram-se armazenadas em um programa da empresa prestadora de serviço de terceirização de guarda de acervo. Entre 2008 e 2010, eram produzidas e armazenadas em um sistema próprio do HBDF – *Netterm*. As guias produzidas entre 1960 e 2000 estão armazenadas em caixas arquivo ou

¹³ Guia fora: Indicador colocado no lugar de uma unidade de arquivamento ou item documental para assinalar a sua remoção temporária – DBTA (2005, p. 102).

maços, em ordem cronológica. Parte delas estão no arquivo do HBDF, e a outra, no arquivo geral da SES. De 2011 pra trás, não existe nenhum tipo de controle que garanta a existência da GAE e seu estado de conservação. Para localizá-las, os servidores têm que saber o histórico de produção do acervo que é repassado através da tradição oral aos novos servidores do setor.

- Registro dos prontuários: O registro de prontuários é feito pelo setor de registro, conforme dispõe as diretrizes do SAME, e está localizado em uma área dentro do setor de arquivos. Antes da abertura do registro, há o cuidado de verificar se o paciente possui prontuário no Hospital. A recuperação dessa informação se dá com dados fornecidos pelo próprio paciente – com a pergunta sobre se o mesmo já consultou ou esteve internado no hospital; se sim, o ano do atendimento, caso não lembre, nome completo do paciente e dos pais. Com base nesses dados, os servidores têm acesso ao número de matrícula dos antigos prontuários, caso o paciente não tenha registro no Hospital, é aberto um PEP. O registro também pode ser feito pelo Núcleo de Internação e Alta – NIA, e, de acordo com as regras do Hospital, após dois dias de internação na emergência, deve ser providenciada a abertura de prontuário ou recuperação do mesmo caso o paciente já tenha prontuário. Verificar se o paciente tem PEP é fácil e, o problema está quando a busca tem que ocorrer no passivo dos prontuários em suporte de papel que ainda não foram cadastrados. Essa busca nem sempre acontece, o que gera a abertura de outro prontuário, gerando duplicidade de informação.
- Preenchimento de informações no PEP: existem algumas rotinas que ainda não estão contempladas no *Trackcare* e, por isso, a rotina continua com o registro em suporte de papel. Outra ocorrência que força os profissionais a voltar ao antigo sistema de registro é quando o sistema não está operante. Os documentos produzidos nesses dois casos são enviados ao arquivo. Para resolver essa situação, o setor criou algumas rotinas: se o paciente já possui prontuário em papel, o registro é arquivado; se o paciente só possui PEP, um prontuário em papel é aberto com o mesmo número de matrícula oferecido pelo *Trackcare* e arquivado seguindo a metodologia dos demais; documentos, como as imagens de alguns tipos de exame, que não possuem identificação, são separados em caixas e organizados por ordem cronológica. Nesses casos, nos próximos quatro retornos, o paciente precisa informar que possui algum tipo de

registro em papel, para que o setor de marcação de consulta possa providenciar os prontuários em suporte de papel.

- Passivo em papel x PEP: O corte feito pela equipe para que houvesse somente registro em meio eletrônico se deu em 2010. Para facilitar a atividade, decidiu-se que se os prontuários com os três primeiros dígitos fossem 135, estes seriam cadastrados no sistema. Decidiu-se também que o mutirão continuaria com a seleção de prontuários com mais de 10 anos sem movimentação e que, conforme os prontuários em papel fossem solicitados, o setor de registro os inseriria no sistema. A inserção no sistema consiste exclusivamente em copilar os campos obrigatórios, as demais informações e histórico clínico permanecem em papel. O médico assistente recebe o prontuário em papel e inclui os dados da sua área de atuação que achar pertinente. Conforme o paciente for mudando de especialidade, os dados são incluídos. Essa atividade só é possível se o paciente lembrar ao setor de marcação de consulta que ele possui um prontuário em papel. O sistema não permite a identificação de prontuários com informações incompletas. Como já relatado acima, os casos de duplicidade também não são identificados pelo sistema e dificilmente será pelo setor de arquivo, logo, o passivo levará mais tempo para ser migrado e falhas nas informações ocorrerão. Essa metodologia pode prejudicar o acompanhamento clínico do paciente, as decisões administrativas e o planejamento futuro.
- Cadastro de informações no PEP: Atividades ainda não cadastradas no sistema são enviadas ao setor de arquivo, cujos servidores não possuem autorização para incluí-las no sistema, e por isso, o registro em papel acumula. O requisito do sistema exige que a inclusão seja feita pelo responsável do atendimento ou alguém da área de saúde, com senha especial, que faça o trabalho. As DO, por exemplo, estão passando por esse processo. Elas eram emitidas fora do PEP porque não existia ainda esse módulo no sistema, e, posteriormente, encaminhadas ao arquivo. Para resolver esse problema pontual foi deslocado um médico, em tempo parcial, para cadastrar esse documento, identificar as DOs que não possuem PEP e dar a destinação adequada ao documento e à informação. Para cada novo procedimento inserido no *Trackcare*, a metodologia se repete. É claro que um único profissional de saúde não terá condições de cadastrar todo o passivo existente da sua área de atuação, e mais uma vez, dados serão perdidos e vários usuários serão prejudicados.

Claramente, as soluções dos problemas encontram-se na primeira fase indicada por Rousseau e Couture (1998). A falta de controle da produção, tramitação e uso do documento causam ao Hospital um transtorno de fácil resolução, em especial agora após a implantação do PEP. O planejamento é uma ferramenta administrativa importante para a implantação de qualquer sistema. Para Drucker (2006, apud PAOLIELLO, 200?) o planejamento é uma ferramenta que indica o que precisa ser mudado. Para ele, trata-se de um plano de direção em que é possível confrontar os pressupostos da organização e seus desvios. Nas palavras de Paim e Teixeira (2006, p. 76) é o “estudos sobre o estabelecimento de um conjunto coordenado de ações visando à consecução de um determinado objetivo”.

Independente da posição ou função, todos os elementos da organização precisam de informação para o desempenho de suas funções. Trata-se de artifício básico e estratégico para a administração e planejamento. Na área de saúde, está associada ao sucesso ou fracasso de tratamentos e políticas públicas e podem ser observados diretamente todos os dias com os índices divulgados pela mídia e programas lançados pelo governo. Por trás de cada campanha, como combate ao câncer de mama, uso de preservativos, violência no trânsito entre tantas outras, estão dados fornecidos pelo sistema de informação de saúde. Dados coletados pelas unidades de atendimento à saúde em face do atendimento prestado ao cidadão.

Nesse sentido, ao se aplicar as três fases indicadas por Rousseau e Couture (1998), são garantidos os dados estratégicos para a elaboração de planos de ação mais adequados.

CONCLUSÃO

Os dados não são exatos, mas o Presidente da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde – SBID, Cláudio Giuliano Alves da Costa estima que menos de 5% dos hospitais brasileiros possuem PEP. No Distrito Federal, embora a previsão fosse de ter 100% da rede de saúde integrada em um único sistema de PEP em 2012, somente 12 hospitais, pouco mais de 30 centros de saúde e cerca de 20 laboratórios contam com o sistema.

As vantagens da implantação de um SIS informatizado são de longe vantajosas, como já citado ao longo do trabalho. Todavia, a implantação desse sistema não é uma experiência padronizada nas instituições de saúde pública do DF, onde o sistema de informação ainda se encontra em suporte de papel, e isso não o torna mais ou menos importante, uma vez que a relevância está na informação e na sua forma de administração.

O gerenciamento do sistema de informação está diretamente vinculado à gestão documental e à gestão de sistemas arquivísticos. Sendo documento, qualquer suporte onde a informação encontra-se registrada, o mais importante está na forma de administrá-la, para que ela atinja de fato o seu objetivo. Nesse contexto, o papel do arquivista é difundir e organizar a informação institucional, colaborando para a criação e implantação de um sistema que englobe todas as etapas de criação e utilização dos documentos.

Seguindo este ponto de vista, o CONARQ, o CFM e a SBIS estabeleceram as normas técnicas sobre o uso de sistemas informatizados para guarda e manuseio do prontuário de pacientes tanto em suporte de papel quanto em meio eletrônico.

A mudança de suporte é uma decisão institucional e deve refletir o posicionamento administrativo que indique a vantagem da alteração frente à realidade do hospital. A mudança exige necessariamente estudos de impacto, planejamento e, principalmente, que o sistema adotado seja certificado de acordo com o disposto na resolução do CFM nº 1821/2007¹⁴.

O planejamento visa garantir a execução do serviço prestado com qualidade. Existem várias metodologias administrativas para efetivação de um bom trabalho realizado, sendo a elaboração de projeto uma das possíveis estratégias. Os preceitos administrativos indicam que o planejamento da implantação de um projeto deve ser baseado em uma série de processos

¹⁴ A SBIS é a instituição responsável pela elaboração e atualização das normas de certificação dos Sistemas de Registros Eletrônicos (S-RES) no Brasil. A última atualização foi realizada em outubro de 2013 e condensada no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, disponível no site da instituição (www.sbis.org.br).

que englobam: a definição, a sequência e a estimativa de tempo das atividades que serão realizadas.

Independentemente do tipo de instituição – pública ou privada – e do seu porte, a preocupação com a qualidade tem sido recorrente. Aparecem nas missões das empresas e nos programas de governo como fonte de solução.

Administrativamente, o documento deve servir de respaldo técnico e de registro de suas atividades. O seu uso deve permitir: atingir metas e objetivos; prover treinamento; rastrear a repetitividade no processo; prover evidências; avaliar a eficácia e adequação do sistema.

As informações geradas dos prontuários dos pacientes viabilizam, além do planejamento e gerenciamento das atividades hospitalares, a elaboração de políticas públicas e as pesquisas na área de saúde. Sendo assim, o contexto comprova a importância dos documentos produzidos em decorrência da atividade de assistência à saúde e do arquivo médico como repositório dessas informações.

O Ministério da Saúde, em 1996, criou a RIPSa (Rede Integrada de Informações para Saúde), que incentiva ações que viabilizam e melhoram a comunicação entre unidades e sistemas de saúde. Essa iniciativa fica clara com o relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde, e suas diretrizes.

O item 25, da diretriz 8, traz em seu corpo a motivação para ampliar e fortalecer a informatização das unidades e implementação do PEP. Nas diretrizes, dois itens são claros: informação como elemento estratégico e necessidade de maximizar o acesso e difusão da informação. Nesse sentido, deve-se observar a diretriz 12, referente à construção de políticas de informação que fortaleça o SUS. Essa diretriz traz, nos itens 1 e 5, o seguinte texto:

1 Aprimorar e integrar os vários sistemas de informação do SUS, utilizando uma única base de dados que inclua informações gerais sobre Seguridade Social e financiamento, com descrição de receitas e despesas e que mantenha interface *online* com o cadastro de estabelecimentos de serviços de saúde, de profissionais, do Cartão SUS e do prontuário eletrônico, qualificando as equipes de saúde e gerenciais para utilizá-lo de acordo com as necessidades loco-regionais, fortalecendo assim as Redes Regionais de Atenção à Saúde. (...)

5 Criar um prontuário nacional para os usuários do SUS, para ampla compreensão de histórico de saúde do mesmo em todos os níveis de atenção.

A implantação de um SIS é tão complexa quanto o próprio serviço prestado pelas instituições de saúde e exige planejamento e metodologias rígidas, além de compreensão de todos os processos e funções envolvidas com a atividade. As boas experiências referentes à

substituição do uso do prontuário do paciente em suporte de papel para o PEP relatam a elaboração de projetos.

Essa metodologia de trabalho foi utilizada pelo Hospital Sírio Libanês, em São Paulo, na implantação do PEP, e sua experiência positiva foi relatada pela equipe no **XIII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde**. Neste caso, a equipe optou pela elaboração de projeto segundo o modelo PMBOK – *Project Management Body of Knowledge*¹⁵.

Outro caso que pode ser citado como bem sucedido na substituição de suporte, foi a rede hospitalar Sarah Kubitschek, composta por nove unidades espalhadas pelo Brasil, sendo a sede em Brasília. De acordo com o ArPDF, o acervo médico, composto por aproximadamente 800.000 (oitocentos mil) prontuários era em suporte de papel até 1996, deste ano em diante passaram a ser produzidos e armazenados em meio digital, o que representou um ganho extraordinário para o hospital, tanto em economia de recursos e espaço para guarda documental, quanto agilidade e fluxo da informação.

O acervo físico foi mantido e sua forma de organização é por associação de letras, números e o *cron-dalfa*. As letras indicam a unidade hospitalar em que o paciente foi cadastrado (Brasília, Belo Horizonte, São Luiz, etc.), os cinco primeiros números são sequenciais e os dois últimos indicam o local de endereçamento. Esse sistema é bem similar ao adotado no HBDF.

O sistema de gestão e armazenamento dos prontuários foi desenvolvido pelo hospital Sarah e só existe na sua rede de atendimento. Os prontuários eletrônicos são armazenados em servidores próprios. O Hospital não fornece informações sobre a linguagem e metodologia de desenvolvimento do sistema, mas científica que o sistema permite o acompanhamento do paciente em todos os setores do hospital, resultados de exames laboratoriais e de imagens¹⁶, registros de diagnósticos, alimentação, medicação e todas as rotinas médicas.

No que tange ao HBDF, foco desse estudo, pode-se identificar que, no tocante a formação e gestão do acervo em suporte físico, a metodologia permaneceu praticamente a mesma desde sua criação em 1960 pela empresa Fomisa Fomento Industrial S/A.

O sistema dígito-terminal atendeu adequadamente a criação de prontuários e a forma de armazenamento, mas, o aumento vertiginoso de atendimentos, dado o aumento populacional do Distrito Federal e entorno, muito acima do planejado na década de 60,

¹⁵ PMBOK - *Project Management Body of Knowledge*, termo em inglês para o conjunto de conhecimento em gerenciamento de projetos. É uma técnica de administração de projetos que envolvem cinco etapas: iniciação; planejamento, execução, monitoramento e controle e encerramento.

¹⁶ A Rede Sarah Kubitschek não imprime e nem revela mais as imagens dos exames radiológicos e os demais exames de imagem. Todas as imagens ficam armazenadas no sistema e permitem que os médicos, de qualquer unidade da rede acessem a imagem imediatamente, sem burocracia.

colocou o sistema em xeque. Os fatores que influenciaram os problemas encontrados no arquivo em suporte de papel e listados neste trabalho se devem, principalmente, aos seguintes fatores: não observância da necessidade de ampliação do espaço físico e adaptação de mobiliário; falta de treinamento dos servidores e estagnação tecnológica; não cumprimento do dispositivo legal do CFM que determina a criação da comissão de avaliação de prontuários e da Comissão Setorial de Avaliação de Documentos – CSAD, conforme determina o Decreto Distrital nº 24.205/2003.

A criação e manutenção de tais comissões permitiriam identificar com antecedência e solucionar todos os problemas relacionados à gestão e tramitação dos prontuários; criaria o sistema de gestão da informação e contribuiria para a criação do SIS dentro da unidade hospitalar.

A migração tardia do suporte de papel para o eletrônico decorreu mais de decisão política do que da necessidade institucional. De acordo com a SES, os primeiros hospitais a terem PEP no DF foram – Hospital Regional do Gama; Hospital Regional de Samambaia e Hospital Regional de Santa Maria.

A adesão ao sistema decorre de decisão da SES, que indica a ordem das unidades que receberão o PEP, todavia, as unidades são autônomas para criarem as soluções tecnológicas para as suas demandas até o momento em que ocorra a sua indicação pela Secretaria.

O problema mais evidente em relação à mudança de suporte, em especial no que tange as GAES, é a indicativa da falta de padronização da metodologia e linguagem tecnológica utilizada ao longo dos anos pelo Hospital, gerando um dos maiores problemas do setor, dado o volume de documentos e a discrepância na forma de pesquisá-los.

Quanto ao PEP, o estudo apontou que a ausência de políticas claras de transição provocou transtornos que poderiam ser evitados, o que leva a três ponderações: falta de diálogo entre as equipes envolvidas; falha na elaboração ou execução do problema por falta de informação e não treinamento dos servidores. Os três casos levam a erros gerenciais e problemas na continuidade dos serviços nos setores. Mesmo que a adoção do SIS não seja para todos os setores e atividades do Hospital, um planejamento bem orientado e o acompanhamento assíduo, possibilitam o mapeamento das dificuldades e sua respectiva solução.

De acordo com a observação em campo, percebe-se que o planejamento adotado pelo Hospital visa solucionar problemas emergenciais, retirando o foco e energia para elaboração de planejamentos em longo prazo.

Uma solução adequada adotada pelo HBDF foi a nomeação da Comissão de Avaliação de Prontuários, que, embora tenha esse nome, tem também por objetivo, a identificação e correção do sistema de gerenciamento do arquivo e implantação de um SIS dentro de uma unidade hospitalar forte, que atenda prontamente à demanda organizacional e política da Instituição. É fundamental que o Hospital compreenda a importância da informação como fonte estratégica para o desenvolvimento de atividades, planejamento e melhoria na comunicação.

A contribuição da arquivística está no oferecimento de métodos de gestão da informação que auxiliem a tomada de decisão e o planejamento de curto a longo prazo. No tocante ao HBDF, ao longo dos anos, desde sua criação, não houve preocupação em avaliar e atualizar a metodologia utilizada, o que resultou em problemas impactantes sobre o acervo e sobre a informação acumulada pelo Hospital. Percebe-se com isso que a arquivística é uma disciplina dinâmica, que evolui junto com o contexto da organização, na proposição de informações que contribuam para o seu fortalecimento frente à missão institucional.

REFERÊNCIA

ARNODO, L. E. A. **Sistemas de Informação Hospitalar**: a importância do Serviço de Arquivo Médico e Estatística SAME. São Paulo, EAESP/FGV. Dissertação de Mestrado apresentada para conclusão do curso de pós-graduação da EAESP/FGV. Área de concentração: Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde, 1993.

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

Arquivo Nacional. Conselho Nacional de arquivos. Câmara Técnica de Documentos Eletrônicos. **Modelo de requisitos para sistemas informatizados de gestão arquivística de documentos**. e-ARQ Brasil: Modelo de Requisitos para Sistemas Informatizados de Gestão Arquivística de Documentos / Câmara Técnica de Documentos Eletrônicos. 1.1. versão. - Rio de Janeiro : Arquivo Nacional, 2011. Disponível em: <<http://www.conarq.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm>>. Acessado em 23 de março de 2013.

BELLOTTO, H. L. **Arquivos permanentes**: tratamento documental. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

BEZERRA, P. R. C. **A estatística na organização hospitalar**. Monografia apresentada ao Departamento de Estatística da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para conclusão do curso de Graduação em Estatística. Natal, RN: 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 nov. 2011.

CAMPAGNOLLI, P. R. **Sistema de arquivos médicos e estatísticos**: um estudo descritivo como referência básica à implantação e à operacionalização/. Artigo Científico apresentado como requisito avaliativo de conclusão do Curso de Administração de Empresas Rural e Urbana da Faculdade Interamericana de Porto Velho-UNIRON. Porto Velho, RO: 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Cartilha sobre prontuário eletrônico**: a certificação de sistema de registro eletrônico de saúde. Brasília, DF: 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.821, de 11 de julho de 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 de Nov. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1605, de 15 de setembro de 2000. O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica. Revoga-se a Resolução CFM nº 999/80. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 22, 31 jan. 2002. Seção 1, p. 103.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 153, 9 ago. 2002. Seção 1, p. 184-5.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1639, de 10 de julho de 2002. Aprova as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências. Revoga-se a Resolução CFM nº 1.331/89. (**Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 154, 12 ago. 2002. Seção 1, p. 124-5). Retificação: (**Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 164, 26 ago. 2002. Seção 1, p. 204). Revogada pela Resolução CFM n. 1821/2007.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL. **Prontuário médico do paciente**: guia para uso prático. Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. – Brasília: Conselho Regional de Medicina, 2006.

CRUZ, J. A. S. **Prontuário Eletrônico de Pacientes (PEP)**: políticas e requisitos necessários à implantação no HUSM. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Santa Maria, RS: 2011.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Arquivo Público do Distrito Federal. **Parecer nº 02/2006 – DGD/ArPDF**. Brasília, DF, jun. 2006.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). **Decreto 24.204 de 10 de novembro de 2003**. Institui a Comissão Central de Arquivos – CCA e as Comissões Setoriais de Avaliação de Documentos – CSAD e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF, 10 nov. 2003.

FLORES, D. **Gestão de documentos eletrônicos** – G.D.E. JIARQ, Docente do Departamento de Documentação/CCSH/UFSM, Santa Maria, RS: 1998.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas 2002.

INTERSYSTEMS. **Guia da solução TrakCare**. São Paulo – São Paulo: 2009.

LIMA, A. C. C.; CAVALCANTI, A. A.; PONTE, V. Da onda da gestão da qualidade a uma filosofia da qualidade da gestão: Balanced Scorecard promovendo mudanças. **Rev. contab. finanç.**, São Paulo, v. 15, n. spe, June 2004.

MARIN, H. de F.; MASSAD, E.; A.; N.ETO, R. S.. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico** /. Disciplina de Informática Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo – São Paulo: 2003.

MARQUES, Marinete Mendes; FILHO, Humberto Torloni. **Implantação de Centros de Saúde no Distrito Federal**. Brasília: Offset, 1982. 87p.

MARQUES, S. L. **A organização arquivística: o fundo Administração do Conselho de Torres Vedras**. Portugal: Universidade de Lisboa, 2009. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/528/1/21369_ulfl071254_tm.pdf>. Acessado em 23 de março de 2013.

MELLO, Henrique Bandeira de. **Plano geral da Rede médico-hospitalar de Brasília**. Revista SESP, [?].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conceitos e definições em saúde**. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. Brasília, DF: 1977.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da Saúde**. Letalidade por hantavirose – DF: Investigação de casos e aumento da letalidade por hantavirose, Distrito Federal, 2010, Boletim 2/2012, Brasília, DF;2012.

MONTEIRO, L. N.; GOMES, L. S. R. **Sistema Integrado de Saúde – SIS**. Curso de Sistemas de Informação - Instituto de Estudos Superiores da Amazônia (IESAM). Belém, Pará; 2010.

MURAHOVSKI, D. **Implantação de prontuário eletrônico em um hospital de grande porte: estudo de caso**. São Paulo: EAESP/FGV, 2000. 107p. (Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação da EAESP/FGV, Área de Concentração: Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde).

NEVES, J. L. **Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades**. Caderno de Pesquisa em Administração, São Paulo, V.1, nº 3, 2º sem./1996.

NOVACAP. **Processo nº 7785 DE 4 de maio de 1959**. Contrato para elaboração sob regime de empreitada, do plano geral de organização e administração hospitalar, projeto das instalações, estudo do e condicionamento acústico, para o Hospital Distrital em Brasília, que entre si fazem a Companhia Urbanizadora da Nova Capital do Brasil e a Fomisa, Fomento Industrial S/A.

OLIVEIRA, D. **Adoção do prontuário eletrônico no Brasil ainda é baixa**. Revista eletrônica Computerworld. 16 jul. 2012. Disponível em: <<http://computerworld.uol.com.br/tecnologia/2012/07/11/adocao-do-prontuario-eletronico-no-brasil-ainda-e-baixa/>>. Acesso em 12 out. 2013.

PADUA, E. M. M. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática**. 13ª edição, Papirus: São Paulo, Campinas, 2007. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?id=72nMi8qNRJsC&lpg=PA12&hl=pt-BR&pg=PP1#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em 15 dez 2012.

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

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte.** Rev. Saúde Pública 2006; 40(N Esp):73-8.

PAOLIELLE, M. **Modelos contemporâneos de gestão e trabalho: entrance quis.** Instituto Nacional de Pós-Graduação - INPG, São José dos Campos, SP: 200?

PEIXOTO, H. C. G.; SOUZA, S. M. M. **Rede Interagencial de Informações Para a Saúde em Santa Catarina: avanços e perspectivas da informação em saúde no estado.** Rev. Saúde públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jun. 2008

PELEGRINA, J. A.. **Dicionário de informática online.** DICWEB. 2010. Disponível em: <<http://www.dicweb.com/index.htm>>. Acesso em 14 nov. 2013.

PRESTES JR. LCL; RANGEL M. **Prontuário Médico e suas Implicações Médico-Legais na Rotina do Colo-Proctologista.** RevbrasColoproct, 2007;27(2): 154-157.

ROCKENBACH, K. M. A. et al. **Como planejar a implantação de um sistema assistencial informatizado: relato de experiência do Hospital Sírio Libanês.** Anais do XIII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde. Curitiba, PR: 2012.

ROUSSEAU, Jean-Ives; COUTURE, Carol. **Os fundamentos da disciplina arquivística.** Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1998. 356 p.

SANTOS, V. B. **Gestão de documentos eletrônicos: uma visão arquivística.** 2ª ed. Brasília, ABARQ: 2005.

Secretaria de Estado de Saúde. Contrato nº 77/2012. Diário Oficial do Distrito Federal nº 172, de 28 de ago. de 2012 (p.34, seção 3). **Disponível em:** <http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2013/08_Agosto/DODF%20N%C2%BA%20172%2020-08-2013/Se%C3%A7%C3%A3o03-%20172.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2013.

Secretaria de Estado de Saúde. **Hospital de Base do Distrito Federal.** Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/271-hospital-de-base-do-df.html>>. Acesso em ago. 2013.

Secretaria de Estado de Saúde. Hospital de Base do Distrito Federal. **Ordem de Serviço nº 104, de 10 de julho de 2013.** Reconstituir a Comissão de Revisão de Prontuários Médicos do Hospital de Base do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal, 26 jul 2013.

Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância Sanitária. **Informativo Epidemiológico de Hantavirose.** Ano 4, Nº 01 – janeiro de 2012. Período de janeiro a dezembro/2011

Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância Sanitária. **Informativo Epidemiológico de Dengue.** Ano 08, Nº 21, agosto de 2013. Semana epidemiológica nº 35 de 2013.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação.** Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. 4. ed. Florianópolis: Editora UFSC, 2005.

SILVA, Ernesto. **Histórias de Brasília: um sonho, uma esperança, uma realidade.** 2. ed. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1985. p 269 a 288.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE. **Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde**: certificação 2013, Versão 4.1. São Paulo – SP, out. 2013. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br/indexframe.html>>. Acessado em 18 nov. 2013.

TURRA, V. et al. **Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema**. Psico, v.43, n. 4, pp 500-509, out./dez. 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. **Estrutura e apresentação de monografias, dissertações e teses**: MDT /. Universidade Federal de Santa Maria, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Biblioteca Central, Editora da UFSM. 8. ed. Santa Maria : Ed. da UFSM, 2012.