



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ARQUIVOLOGIA**

PRISCILA ZELO PATRICIO DE FRANÇA

**REESTRUTURAÇÃO DO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO
E ESTATÍSTICA DO CENTRO MUNICIPAL DE
REFERÊNCIA EM SAÚDE LEONARD MOZART DA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CABEDELO**

**João Pessoa – PB
2014**

PRISCILA ZELO PATRICIO DE FRANÇA

**REESTRUTURAÇÃO DO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO
E ESTATÍSTICA DO CENTRO MUNICIPAL DE
REFERÊNCIA EM SAÚDE LEONARD MOZART DA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CABEDELO**

Orientadora: Mst.^a Julianne Teixeira e Silva.

**João Pessoa – PB
2014**

PRISCILA ZELO PATRICIO DE FRANÇA

**REESTRUTURAÇÃO DO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO
E ESTATÍSTICA DO CENTRO MUNICIPAL DE
REFERÊNCIA EM SAÚDE LEONARD MOZART DA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CABEDELO**

Proposta de Reestruturação do Serviço de Arquivo Médico apresentada ao Curso de Graduação em Arquivologia, do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharela em Arquivologia.

**João Pessoa – PB
2014**

F814r França, Priscila Zelo Patrício de.

Reestruturação do serviço de arquivo médico e estatística do Centro Municipal de Referência em Saúde Leonard Mozart da Prefeitura Municipal de Cabedelo./ Priscila Zelo Patrício de França. – João Pessoa: UFPB, 2014.
58f.: il.

Orientador: Prof^ª. Mst^ª. Julianne Teixeira e Silva.
Monografia (Graduação em arquivologia) – UFPB/CCSA.

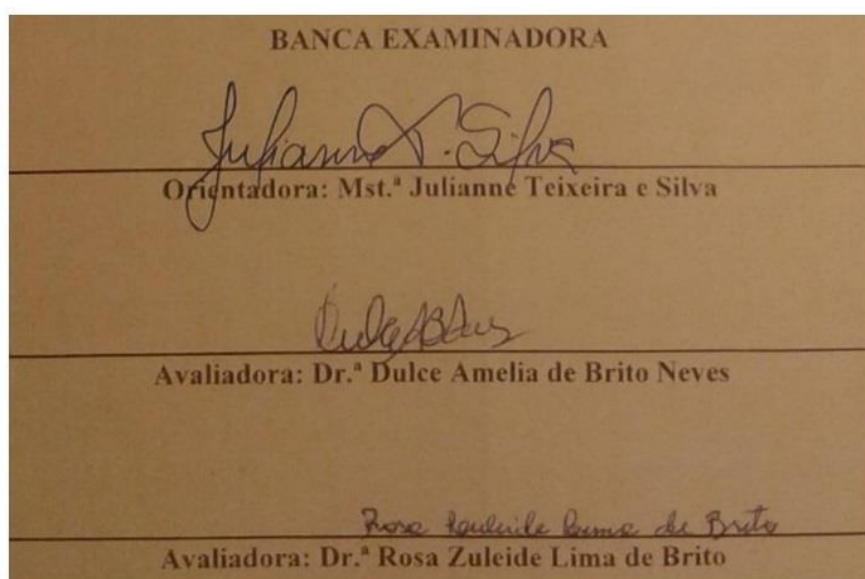
1. Arquivo. 2. Unidade de saúde. 3. Arquivo médico. I. Título.

PRISCILA ZELO PATRICIO DE FRANÇA

**REESTRUTURAÇÃO DO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO
E ESTATÍSTICA DO CENTRO MUNICIPAL DE
REFERÊNCIA EM SAÚDE LEONARD MOZART DA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CABEDELO**

Proposta de Reestruturação do Serviço de Arquivo apresentada ao Curso de Graduação em Arquivologia, do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharela em Arquivologia.

Aprovado em: 21/03/2014.



AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus e Nossa Senhora das Graças por mais está conquista.

Como todos sabem formar-se na Universidade Federal da Paraíba é sonho que tenho já faz algum tempo e que hoje se concretiza com este trabalho.

Não poderia ser mais gratificante formar-me mais uma vez em Arquivologia área a qual me deu inúmeras alegrias e proporcionou um centrar-me como profissional, a qual me considero hoje.

Pessoas encantadoras encontrei nesta universidade e neste curso que só me fez amar ainda mais a profissão que escolhi. Não me arrependo de nada do que fiz para este curso e dos trabalhos realizados. Arrependo-me sim das coisas que deixei de fazer por questões das mais adversas e que hoje só me trazem lembranças desses momentos que poderia ter vivido.

De modo especial...

Agradeço pela família nos nomes de Severino, Rosa, Paloma, Renato e Gabrielle pela paciência de viver comigo mais esta etapa e de encorajar-me nos momentos difíceis.

Ao meu namorado Jossandro que esteve comigo nos instantes mais cruciais e que deu total apoio e compreensão para a realização deste trabalho.

Agradeço pela orientação da Mst.^a Julianne Teixeira e Silva que foi como uma mãe ao longo da construção deste trabalho e só me deu satisfação e alegria em escreve-lo.

Agradeço a banca pela honra de avaliar este nas Dr.^a Dulce Amelia de Brito Neves e Dr.^a Rosa Zuleide Lima de Brito que são mulheres que admiro por toda bagagem que trazem de ensinamentos.

Agradeço pelos diversos profissionais que compõem o curso de Arquivologia e que passaram pela minha formação repassando todo o seu melhor para a minha vida tanto pessoal quanto profissional.

Aos meus amigos de caminhada onde construí verdadeiras amizades que vou levar comigo para sempre.

Por fim, digo a todos que hoje me formo pela segunda vez em Arquivologia dessa feita, acredito ser a 1^o BIAQUIVISTA que agarrou com muito amor a profissão e que vai se dedicar com total devoção neste área.

RESUMO

O projeto de revitalização do Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME do Centro Municipal de Referência em Saúde Leonard Mozart, culminou com elaboração de um diagnóstico que avaliou detalhadamente as necessidades emergenciais do arquivo visando melhorias que atendam suas lacunas arquivísticas. O SAME possui informações que atendem tanto ao Centro como os demais setores da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Cabedelo e aos cidadãos. Com o diagnóstico observou-se que o arquivo está numa situação regular enfrentando como principal problema as deficitárias ferramentas e instrumentos de recuperação da informação. Hoje o arquivo conta com mais de 50.500 prontuários ativos e devido ao considerado volume foram gerados, ao longo do tempo, defasagens informacionais o que dificulta o acesso a informação em tempo hábil. A perda dessas informações foi o que motivou a construção deste trabalho. Como estratégia de ação serão necessárias ações como inventariar o conjunto documental, realizar o levantamento das tipologias documentais, higienizar, ordenar e acondicionar os prontuários, criar Tabela de Temporalidade de Documentos – TTD seguindo a legislação vigente, elaborar um banco de dados específicos e preparar o arquivo tanto para o arquivamento convencional quanto para a futura implementação dos prontuários eletrônicos, reeducando os usuários internos e externos do SAME bem como a manutenção de todas as atividades.

Palavras-chave: Arquivo. SAME. Prontuário do paciente. Unidade de saúde. Arquivo Médico.

ABSTRACT

The revitalization project of the Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME of the Centro Municipal de Referência em Saúde Leonard Mozart, culminated in making a diagnosis that evaluated in detail the emergency needs of the archive for improvements that meet their archival gaps. The SAME has information that cater to both the Centre and the other sectors of the Secretária de Saúde da Prefeitura Municipal de Cabedelo and citizens. With the diagnosis was noted that the Archive is a regular situation facing as main problem deficit tools and instruments of information retrieval. Today the file has more than 50.500 active records and considered due to the volume were generated, over time, informational gaps making it difficult to access information in a timely manner. The loss of this information has motivated the construction of this work. As the action strategy actions as inventory the set of documents, conduct the survey of the documentary typology, sanitize, sort and package the records, create Temporality Table of Document - TTD will be necessary following the current legislation, develop a specific database and prepare the file for both conventional as archiving for the future implementation of electronic medical records, re-educating internal and external users of the SAME as well as maintenance of all activities.

Keywords: Archive. SAME. Patient record. Health unit. Medical File.

LISTA DE ABREVIATURAS

CFM	–	Conselho Federal de Medicina
CMRSLM	–	Centro Municipal de Referência em Saúde Leonard Mozart
CPADE	–	Comissão Permanente de Documentos
CONARQ	–	Conselho Nacional de Arquivos
DST	–	Doenças Sexualmente Transmissíveis
IOM	–	Institute of Medicine
INPS	–	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	–	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MDA	–	Massa Documental Acumulada
PPI	–	Programa de Pactuação Integrada
SAME	–	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SRIS	–	Serviço de Registro e Informação em Saúde
SUS	–	Sistema Único de Saúde
USP	–	Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

Figura 01	– SAME Parte 01.....	19
Figura 02	– SAME Parte 02.....	19
Figura 03	– SAME Parte 02.....	19
Figura 04	– SAME Recepção.....	19
Figura 05	– Prontuários.....	19
Figura 06	– Iluminação Natural.....	19
Figura 07	– Iluminação Natural.....	20
Figura 08	– Capa de Prontuário.....	20
Figura 09	– Retirada de Prontuários.....	20
Figura 10	– Usuário em Atendimento.....	20
Figura 11	– “Instrumento de Pesquisa”.....	20
Figura 12	– “Instrumento de Pesquisa” Aberto.....	20
Figura 13	– Caixas Refeitas.....	21
Figura 14	– Adesivo da Policlínica.....	21

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Plano de Execução e Orçamento.....	43
---	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	CENTRO MUNICIPAL DE REFERÊNCIA EM SAÚDE LEONARD MOZART – CMRSLM	15
2.1	SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME DO CMRSLM.....	16
2.2	DIAGNÓSTICO TÉCNICO DO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME DO CMRSLM.....	17
3	ARQUIVO: ORIGEM E EVOLUÇÃO	21
3.1	SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME.....	23
3.2	O PRONTUÁRIO MÉDICO.....	24
3.2.1	Origem do Prontuário Médico.....	25
3.2.2	Elaboração e Organização dos Prontuários Médicos.....	26
3.2.3	Avaliação de Documentos dos Prontuários Médicos.....	29
3.2.4	Prontuários Médicos Eletrônicos.....	34
3.2.5	Vantagens e Desvantagens – prontuário médico em papel e eletrônicos.....	35
3.2.6	Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico.....	36
4	ESTRATÉGIA DE AÇÃO	38
4.1	EQUIPE DE TRABALHO.....	42
4.2	LOCAL DE REALIZAÇÃO DO TRABALHO.....	42
4.3	MATERIAL E EQUIPAMENTO DE TRABALHO.....	42
4.4	PRAZO DE REALIZAÇÃO DO TRABALHO (FASE I E II).....	43
5	CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO	43
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
	REFERÊNCIAS	45
	ANEXO	47
	APÊNDICES	52

1 INTRODUÇÃO

Uma unidade de saúde é uma instituição médica onde vários profissionais da área da saúde atuam oferecendo serviços de qualidade para seus usuários. Em alguns casos esses serviços requerem um acompanhamento especializado que garanta ao paciente um compromisso, já no primeiro atendimento. Para dinamizar o acompanhamento do paciente, algumas unidades de saúde instituem de um serviço de arquivo médico que tem como objetivo a produção de prontuários, retiradas para consulta, guarda e disponibilização das informações neles contidas.

Quando se pensa em um serviço como este, normalmente, não são pensados do ponto de vista arquivístico ou mesmo preocupando-se com o uso, a produção, a tramitação, a transferência, o recolhimento, a guarda e/ou eliminação da documentação produzida e isso com o tempo gera o que chamamos na Arquivologia de Massa Documental Acumulada – MDA.

Os prontuários são documentos de suma importância para a instituição, e pensando nessa representação, este trabalho tem como objetivo principal apresentar uma proposta de reestruturação do Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Centro Municipal de Referência em Saúde Leonard Mozart, visando melhorias para atender todo e qualquer usuário que dele necessitar.

Sendo assim, a partir de um diagnóstico realizado no arquivo médico da policlínica com o intuito de analisar sua conjuntura levando em consideração as partes emergenciais. Os objetivos foram divididos em dois planos: o geral e os específicos que estão orientados em quatro partes, que são: inventariar todos os prontuários existentes no SAME em busca de números duplicados, levantar as tipologias e instituir uma comissão de avaliação de prontuários; higienizar, acondicionar e guardar os prontuários; criar a Tabela de Temporalidade de Documentos – TTD seguindo a legislação vigente sobre a guarda e eliminação de prontuários e Banco de Dados; preparar o arquivo tanto para o arquivamento convencional quanto eletrônico; e capacitar os usuários internos e externos sobre o SAME. Consideramos esses objetivos como necessários para revitalização emergencial do arquivo para torná-lo eficiente e eficaz.

No diagnóstico foram reveladas várias situações sobre as condições do arquivo, que nunca passou por uma intervenção arquivística, e que gerou ao longo do tempo sérios problemas comuns de perda de informação, instalação inapropriada, estrutura precária, falta de materiais entre outros. Em caráter de urgência foram iniciadas algumas atividades de

recuperação dos prontuários que estão descritas no diagnóstico, passo esse, que foi significativo por resgatar informações dadas como perdidas. Nos apêndices estão apresentados fluxogramas das atividades do arquivo e um layout da estrutura do SAME bem como uma proposta de uma nova estrutura para o SAME.

O arquivo é considerado uma fonte de informação que contribui diretamente com as atividades de qualquer unidade de saúde. Quando se propõem a criação de um arquivo em uma unidade de saúde parte-se do princípio de registrar toda e qualquer consulta do paciente visando pesquisas futuras.

No momento da criação os gestores não possuem o conhecimento necessário para a fundação de um arquivo médico e quiçá colocarem profissionais adequados neste local para o desenvolver das atividades, sendo assim não havendo uma intervenção arquivística este setor gerará, com o tempo, uma massa documental acumulada com um número bastante significativo de lacunas informacionais.

O Centro Municipal de Referência em Saúde Leonard Mozart – CMRSLM tem em seu organograma o Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME, da Policlínica, onde está registrada toda história de dos pacientes que usufruem deste Centro. O arquivo está “organizado” mas necessita de uma intervenção arquivística em caráter emergencial devido a grande quantidade de prontuários que durante o tempo foram duplicados por falta de um sistema que detectasse se o paciente já possuía prontuário.

Esta proposta contempla, não apenas a revitalização do espaço físico do arquivo, mas a possibilidade de mudança cultural no que diz respeito ao arquivo, para que a policlínica seja pioneira na gestão de prontuários saindo do antigo paradigma da guarda de documentos para um novo conceito de gestão da informação tanto em prontuários convencionais quanto eletrônicos e que assim possa cumprir uma função de respaldo legal da informação suprimindo as necessidades informacionais de toda a comunidade cabedelense atendida pela policlínica, fornecendo subsídios para a tomada de decisões, criação de novas informações no ambiente médico dinamizando o processo gerencial bem como a transparência das ações, além de cumprir seu papel social ao possibilitar a consulta e dar acesso ao cidadão de suas demandas sobre seus atendimentos e tratamentos na policlínica.

2 CENTRO MUNICIPAL DE REFERÊNCIA EM SAÚDE LEONARD MOZART – CMRSLM

A Policlínica CMRSLM a trinta e três anos atrás funcionava como o INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social que oferecia saúde a todos os contribuintes de carteira assinada, chamados previdenciários, funcionando as especialidades e serviço de curativo, nebulização, vacinação e consulta de enfermagem.

No ano de 1988 à 1989 ocorre, em todo o Brasil, a municipalização dos serviços de saúde, onde os serviços de saúde passam a ser gerenciados pelos municípios. O INAMPS é extinto, e passa a ser patrimônio do município. O prédio passa por reforma e torna-se a Policlínica Leonard Mozart. Este nome é em homenagem ao médico Dr.º Leonard Mozart, Ginecologista que trabalhou na policlínica durante dez anos servindo com excelência todo e qualquer paciente. Foi diretor deste Centro e realizou significativos trabalhos junto a equipe oferecendo saúde de qualidade aos seus usuários. Morre em 1995 de leucemia e os funcionários junto com a Câmara Municipal de Cabedelo o homenageiam colocando o nome de Centro Municipal de Referência em Saúde Leonard Mozart.

Hoje a Policlínica conta com vinte e sete especialidades e serviços de enfermagem, ecocardiograma, ultrassonografia e além da sala do viajante que tem como objetivo atender aos visitantes de Cabedelo, principalmente os que chegam de navios (turismo ou de carga), oferecendo vacinas de tétano, febre amarela entre outras. Esta sala foi criada no intuito de preservar a vida das pessoas e evitar uma epidemia na cidade. Todos estes serviços são oferecidos no mesmo prédio. Atende também ao município de Lucena garantindo serviço de saúde com toda a infraestrutura que a Policlínica pode oferecer, através do Programa de Pactuação Integrada – PPI. Oferece em média ao mês 3.400 atendimentos apresentando uma demanda grande pelos serviços disponibilizados pela Policlínica.

A Policlínica tem ainda grandes desafios a enfrentar em busca do melhor para os seus usuários como a implantação do prontuário eletrônico, contratação de mais especialidades, ampliação do prédio e profissionais das demais áreas, pois só assim irá alcançar o seu objetivo primordial que é não deixar o usuário voltar sem atendimento. O horário de funcionamento é de segunda à sexta de 07:00hs às 18:00hs.

2.1 SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME DO CMRSLM

O SAME foi instituído na Policlínica quando foi implantado o Serviço de Assistência Especializada – SAE em 2001 que cuida de pacientes com Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST. Este serviço veio reforçar ainda mais a implantação do arquivo, pois os pacientes teriam garantido o tratamento em seu município, juntamente com uma equipe especializada de infectologista, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, todos em um mesmo ambiente oferecendo atendimento de qualidade sem discriminação. Toda esta assistência advém porque o município de Cabedelo possui Gestão Plena que tem por finalidade arcar com os programas do governo federal, oferecendo assim saúde a toda população Cabedelense.

Com o passar do tempo os gestores viram nesta ideia uma forma de criar um vínculo paciente-instituição de forma que todo paciente que necessitasse de uma consulta médica teria que fazer o prontuário. Os primeiros prontuários eram feitos manualmente com certa carência de informações, gerando prontuários deficitários que ainda hoje existem no SAME faltando dados extremamente importantes que podem comprometer o atendimento ao paciente como por exemplo, o número do cartão do Sistema Único de Saúde – SUS, número da identidade e/ou número da certidão de nascimento. No início da criação do SAME o arquivo, o conjunto documental era singelo e de fácil recuperação, hoje com mais de 50.500 prontuários é extremamente difícil encontrar um número visto que não são todos que estão registrados no computador.

O SAME foi criando característica de arquivo e como tal foi obtendo lacunas arquivísticas e que gerou o caos que se encontra hoje. Como todo arquivo e também como toda política as pessoas que faziam funcionar o arquivo eram, na maioria, contratados e/ou funcionários de difícil relacionamento que ao longo do tempo, devido a capacitação inadequada não fizeram a organização dos princípios arquivísticos o que gerou prontuários duplicados, incompletos, números escritos errados no momento do cadastro e principalmente total falta de conhecimento de como gerenciar um arquivo deste porte.

Por falta de um banco de dados adequado os funcionários, à medida que iam fazendo cada prontuário, colocavam o nome deste em um livro que era ordenado por ordem alfabética sem respeitar a ordem numérica. Hoje o arquivo mantém estes livros que no total são quatro. Os mesmos estão em péssimas condições de conservação e são de difícil manuseio e entendimento, entretanto funciona como um “instrumento de pesquisa” quando o usuário perde o número do prontuário, algo muito frequente.

Em 2005 foi implantado o Cadastro de Prontuários, um sistema informatizado simples que evitou apenas de serem feitos manualmente, mas este não recupera com exatidão a informação deixando de acusar se o usuário já possui cadastro na policlínica gerando assim os prontuários duplicados. Desde dezembro de 2013 até o presente momento este cadastro está apresentando defeitos, apagando os dados já cadastrados. Por se tratar de um banco de dados gratuito o limite foi atingido e o mesmo automaticamente começou a apagar.

Para sanar esta lacuna criamos uma planilha no *Excel* intitulada *Números Aleatórios* onde estão sendo inseridos todos os prontuários que foram consultados no dia com o número do prontuário e nome completo do paciente. Uma outra planilha está sendo providenciada intitulada *SAME_copia*, iniciada pelos antigos funcionários do SAME, onde antes constavam do número 01 ao 30.000. Atualmente estão sendo realizados os procedimentos para completar o mesmo e já foram inseridos 3.600 prontuários no período de quatro meses.

2.2 DIAGNÓSTICO TÉCNICO DO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME DO CMRSLM

Em visita técnica realizada ao SAME no dia 18 de setembro de 2013 os funcionários Priscila Zelo Patrício de França, Elisângela da Silva Araújo e Geraldo Tadeu Vilela de Freitas juntamente com a antiga direção Gerlany F. de Castro Procópio e Delma da Silva Viana, tiveram uma visão geral do volume da documentação, seu estado de conservação e acondicionamento, assim como da estrutura física do local do arquivo.

Nesse sentido, foi desenvolvido este diagnóstico no intuito de traçar um relato sobre a situação encontrada para propor ações para a reestruturação do SAME, seguindo as orientações e especificações arquivísticas baseadas no Conselho Nacional de Arquivos – CONARQ e na literatura da área.

Na visita diagnosticou-se:

- ✓ Um grande volume de documentos totalizando hoje mais de 50.500 prontuários médicos – e este dado cresce a cada dia;
- ✓ Documentos mal conservados, com excesso de grampos e cliques danificando os prontuários médico, caixas empoeiradas, úmidas e em péssimas condições de manuseio;

- ✓ Ambiente inapropriado para a instalação de um arquivo desse porte, ventilação natural e artificial deixando os documentos frágeis, paredes mofadas e com infiltração em contato direto com as caixas arquivo, iluminação natural e artificial de forma indevida e sem proteção contra incêndio e inundação. Situação nociva à saúde dos funcionários e à documentação;
- ✓ Não há controle do acesso à documentação;
- ✓ Total desconhecimento da importância desses documentos por parte de alguns funcionários e dos pacientes.

Essa realidade precisa ser sanada para melhoria das condições do arquivo e a identificação do material, visando sua preservação física e sigilo da informação. Faz-se necessário, ainda um estudo de viabilidade de adoção de um software especializado em prontuários médicos.

Para sanar algumas dessas lacunas, em caráter emergencial, foram realizadas algumas atividades, como:

- ✓ Continuidade em elaborar a planilha *SAME_cópia* produzido com o número do prontuário e nome do paciente. Como isso já inserimos mais de 3.600 prontuários;
- ✓ Criação de uma planilha intitulada *Números Aleatórios* onde consta o número do prontuário e nome completo do paciente que foram atendidos. Como o cadastro não está mais recuperando essas informações vimos a necessidade já que os usuários da policlínica perdem com frequência o número prontuário. Como isso já inserimos mais de 2.200 prontuários;
- ✓ Criação de um “adesivo” escrito POL-50.500 para anexar no cartão do SUS e na identidade, isso evita o paciente esquecer o número na hora de marcar a consulta;
- ✓ Início de substituição das caixas arquivos;
- ✓ Elaboração de fluxograma das atividades (Apêndice B) e um layout do arquivo (Apêndice C) apresentando como se encontrava e como poderá ficar depois da reforma.



Figura 01: SAME Parte 01.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.



Figura 02: SAME Parte 02.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.



Figura 03: SAME Parte 02.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.



Figura 04: SAME Recepção.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.



Figura 05: Prontuários.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

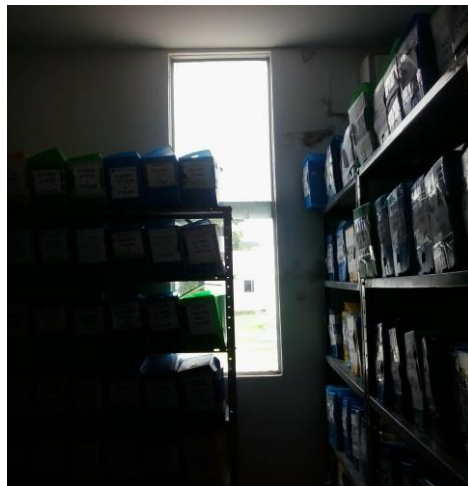


Figura 06: Iluminação Natural.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.



Figura 07: Iluminação Natural.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.



Figura 08: Capa de Prontuário.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.



Figura 09: Retirada de Prontuários.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.



Figura 10: Usuário em Atendimento.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.



Figura 11: "Instrumentos de Pesquisa".
Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

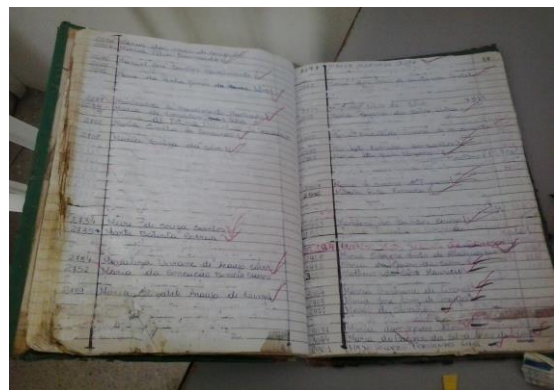


Figura 12: "Instrumento de Pesquisa" Aberto.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.



Figura 13: Caixas Refeitas.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.



Figura 14: Adesivo da Policlínica.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

3 ARQUIVO: ORIGEM E EVOLUÇÃO

A origem dos arquivos teve início com o surgimento da escrita, nas civilizações do Oriente Médio, há 06 mil anos atrás. Os primeiros arquivos surgiram espontaneamente nos palácios e nos templos, como o Palácio de Ebla na Síria, Arquivo do Templo de Medinet no Egito no Séc.XII a.c. Os Hititas foram os primeiros a erguer um edifício especial para arquivos, no Séc. XIX a.c.

Por volta do ano 400 a.c., e no ano 359 a.c. os Gregos criaram os seus arquivos, que eram compostos por documentos oficiais que passaram a concentra-se no Metroon no Templo de Cibele. Já em Roma, a administração dos Impérios levou a consideráveis progressos no domínio dos arquivos. Até hoje certos critérios são usados na organização dos arquivos. Eles criaram uma rede de serviços, arquivos centrais e uns arquivos próprio para cada corpo de magistrado, os chamados Arquivo de Governadores Provinciais, tudo isso era atrelado a um grupo de profissionais especializados que ficavam responsáveis pela manutenção do arquivo.

Por volta de 509 a.c. é criado o primeiro arquivo em Roma, intitulado Tabularium, onde se relaciona com a natureza do suporte “*tabulare*”. Definem um estatuto para o arquivista (tabularius) com certas atribuições no âmbito da conservação, reprodução e validação dos documentos.

Na Idade Média fundou-se e divulgou-se o conceito de arquivo e a semelhança que existe entre arquivo e biblioteca. Como as duas instituições comungam dos mesmos princípios de organização da informação houve está necessidade de distinguir os conceitos e

apresenta-los devidamente. Tempos depois, em 1352 o mundo assiste à criação do Arquivo do Estado Português na Torre no Tombo situado no Castelo de São Jorge, onde funcionava como um guardador de memórias. Um local que tornou-se referência em pesquisa por salvaguarda informações relevantes sobre os acontecimentos da época.

Nos tempos modernos no Séc. XVI vimos surgir um novo sistema administrativo, o Estado Moderno possui fortes características absolutistas e centralizadoras que contribui para a concentração dos arquivos, fazendo surgir os primeiros Arquivos de Estado, resultando em novas concepções de administração e reformas institucionais. Com a criação do Arquivo de Simancas em 1540, na Espanha por ordem de Carlos V, o Arquivo Moderno do Estado Espanhol, torna-se de fato um sinal bastante significativo nesse novo sistema administrativo. Este é considerado como o primeiro Arquivo de Estado. Tempos depois vem a criação do Arquivo Secreto do Vaticano em 1611 e também o Arquivo das Índias em 1788 na Espanha como também exemplares de Arquivo de Estado.

Na era contemporânea em 1789 temos a Revolução Francesa onde vamos assistir a uma verdadeira mudança na história da Europa, que irá repercutir na noção e função de arquivo. Nasce um novo conceito, a Soberania Nacional e neste contexto os princípios de responsabilidade, de garantia, eficácia e justiça de atuação da administração perante os cidadãos. O arquivo passa a ser considerado como garantia dos direitos dos cidadãos e jurisprudência da atuação do estado.

Segundo o Dicionário de Terminologia Arquivística (2004, pág.19), arquivo é o:

“Conjunto de documentos produzidos e acumulados por uma entidade coletiva, pública ou privada, pessoa ou família, no desempenho de suas atividades, independente da natureza dos suportes.”

Schellenberg (2006, pág.10) apresenta um conceito amplo sobre arquivo:

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

Esse conceito é amplo para todo e qualquer acervo com característica de arquivo com a finalidade principal de servir à administração, constituindo assim, com o tempo, uma base histórica. Sua funcionalidade base é tornar disponível as informações contidas no acervo sob sua guarda.

Os arquivos de unidades de saúde se enquadram neste conceito de arquivo. Para o Conselho Federal de Medicina os arquivos de algumas unidades de saúde são chamados de Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME. Na arquivologia são conhecidos por arquivos especializados e de atividade fim que tem sob sua custódia os documentos provenientes de experiência humana de um campo específico do saber.

3.1 SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

A evolução da escrita e da vida social do ser humano levou a compreender melhor a importância da informação e o valor que os documentos agregam. Como vimos no capítulo anterior, houve uma necessidade de guardar toda e qualquer documentação produzida relacionadas as atividades corriqueiras de uma instituição independente de seu conteúdo e diferentes suportes. Sendo assim, surgiram os arquivos que tinha por finalidade e objetivo primordial a conservação e armazenamento dos documentos atestando a sua legalidade e disponibilizando para pesquisa.

Os arquivos de unidade de saúde, no Brasil em 1943 eram separados da estatística e só a partir desse ano que se reformou a estatística hospitalar. Dessa forma, criou-se a centralização desses setores e registro geral e num único órgão surgiu o Serviço de Arquivos Médicos e Estatística – SAME, tornando-se a fonte relevante de informação para a unidade de saúde.

No ano de 1987, os Estados Unidos, no Hospital Geral de Massachussets, iniciou a atividade de arquivar dados clínicos, tornando-se o pioneiro a organizar um SAME. Já no Brasil o precursor foi o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, em 1943 pela Dr.^a Lourdes de Freitas Carvalho.

O SAME é um serviço imprescindível para a unidade de saúde. Ele permite que todo e qualquer profissional obtenha a informação que deseja dando-lhe total eficiência e atendendo com responsabilidade os pacientes que recorrem ao mesmo. Esse serviço se relaciona com os demais serviços técnicos e administrativos da unidade de saúde e colabora com os mesmos no aprimoramento de assistência prestada ao paciente.

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. (CAMPAGNOLLI, xxx, pág.07 *apud* PROAHSA, 1978, pág.303).

Este serviço também pode ser dividido com o setor de estatística. Em algumas unidades de saúde o SAME tem a função e de organizar auditorias administrativas, fazer o levantamento de consultas realizadas, armazenar os dados obtidos, produzir prontuários médicos e a guarda desses, permitindo sua rastreabilidade sempre que necessário. O seu objetivo é assegurar que toda atividade nele realizada proporcione retorno para a instituição que busca sempre a excelência na prestação de serviço. O SAME é primordial para uma unidade de saúde é deste setor que sai toda e qualquer decisão que a administração vem tomar para o bem da instituição e de seu usuário.

A razão fundamental de se ter um arquivo médico em uma unidade de saúde é atender à administração e todo e qualquer usuário que dele precisar, independente da área e das atividades, seguindo é claro, as necessidades informacionais de cada um. O SAME é básico para uma unidade de saúde. Nele temos acesso a informações que irão contribuir tanto para as atividades meio da instituição quanto para as atividades fins, visando sempre a transparência em suas ações.

3.2 O PRONTUÁRIO MÉDICO

O prontuário médico é formado por um conjunto de documentos que são organizados em forma de dossiê e sua finalidade é registrar informações referentes a todo processo de atendimento ao paciente nas instituições de saúde e também instrumento de pesquisa em diversas áreas do conhecimento.

Este documento serve como meio de comunicação entre vários setores das instituições de saúde e entre diferentes atores envolvidos, compondo um repositório rico de informações que vai do diagnóstico e tratamento das enfermidades até as diversas patologias, seu histórico, desenvolvimento, prescrição entre outros.

Carvalho define o prontuário como “o relatório escrito ordenadamente das queixas do paciente, história, exames físicos, exames complementares, tratamento e resultados finais” (SANTO, FREIXO 2011, pág.02 *apud* CARVALHO 1973, pág.07). Sendo assim é o repositório que contém o segredo médico, um documento único e principalmente instrumento valioso de defesa judicial.

3.2.1 ORIGEM DO PRONTUÁRIO MÉDICO

O nome prontuário advém do latim *prontuarium*, lugar em que se guardam as coisas que devem estar à mão. O Conselho Federal de Medicina – CFM, pela Resolução Nº 1.638/02, define prontuários como:

“Documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimento 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.”

Em resumo, é o conjunto de documentos relativos à assistência prestada a um paciente.

O primeiro registro de prontuário médico é datado do período 3.000 a 2.500 a.C., quando o médico e arquiteto egípcio Dr. Imhotep registrou informações sobre seus pacientes em uma folha de papiro. Neste momento fizeram-se anotações de 48 pacientes cirúrgicos, o primeiro registro de prontuário médico. Este documento, hoje, está exposto da Academia de Medicina de Nova York.

Em meados de 460 a.C., Hipócrates fez anotações de alguns pacientes que estavam com patologias avançadas. Em 1137, o Hospital São Bartolomeu, de Londres, Inglaterra, foi o pioneiro em fazer registros em um prontuário médico. No Brasil, em 1944, o prontuário foi apresentado pela professora Lourdes de Freitas Carvalho, que estudou nos Estados Unidos o Sistema de Arquivo e Classificação de Observações Médicas e esse sistema foi adotado pelo INPS – Instituto Nacional de Previdência Social que consolidou nacionalmente.

No final do século XVIII o registro médico passa a ser visto como atividade inerente à prática médica, enquanto parte das transformações do conhecimento e das práticas médicas que caracterizam o advento da medicina moderna e o nascimento da clínica. Neste momento os registros são para aqueles casos considerados excepcionais, que não deve ser esquecido de forma que todos os demais profissionais envolvidos no processo também pudessem ter as mesmas informações. Em termos gerais, afirmamos que o sistema de saúde de um país é estabelecido graças aos registros nestes prontuários, uma vez que extraídos as informações necessárias apresentam o retrato da saúde deste país.

No século XIX, os médicos fundamentavam suas observações e anotações, no que ouviam, sentiam e viam e tudo isso era registrado em ordem cronológica. William Mayo em 1880 junto com um grupo de colegas formou a Clínica Mayo em Minnesota nos Estados Unidos. Eles observaram que os médicos anotavam as consultas dos pacientes de forma

cronológica em um único documento. Esse conjunto de anotações trazia dificuldades para localizar certas informações sobre um determinado paciente. Sendo assim, em 1907 a Clínica Mayo adota o registro individual dos pacientes que passam a ser arquivadas separadamente. Neste momento dá origem ao prontuário médico centrado no paciente e orientado ainda de forma cronológica.

Em 1920 a Clínica Mayo tentou padronizar os prontuários médicos para uma melhor compreensão das patologias. Mas com todos os esforços estes ainda contém uma mistura de documentos que são anexados, como resultados de exames, considerações, planos terapêuticos e entre outros que dificultam a organizam e quiçá a organicidade desse documento.

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP, em 1943, foi à pioneira na implantação do SAME. Em meados da década de 60 poucos eram os hospitais que possuíam este serviço de forma eficiente, eficaz e sistêmico. Na década de 70 houve uma significativa melhoria nos registros de prontuários de maneira geral, isso se deu à Instituição de Convênios com a Previdência Social e suas exigências, principalmente aos hospitais particulares.

Em 1969 Lawrence Weed preocupado com está conjuntura elaborou a ideia de identificar os problemas dos pacientes com uma estrutura sistemática de registro de dados denominada SOAP, sua composição é inglesa, sendo S: queixas; O: achados; A: testes e conclusões; e P: plano de cuidado. Muitos aceitam e seguem, mas para funcionar requer treinamento e disciplina.

3.2.2 ELABORAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS

Os prontuários são fundamentais para as unidades de saúde porque são documentos em que se encontram registradas as informações sobre os pacientes, são também fontes primárias de informações para a assistência à saúde, ensino, pesquisa e elaboração de políticas de saúde, como também para avaliação da qualidade da assistência médica. O prontuário é consultado pelos diversos profissionais que direta ou indiretamente estão envolvidos com o paciente. A consulta tanto vale para análise da evolução da doença como para fins estatísticos.

Segundo Sounis, os prontuários “são constituídos por folhas ou papeletas nas quais são registradas as anotações da vida clínica e social do paciente” (SANTO, FREIXO 2011, pág.03-04 *apud* SOUNIS, 1973, pág.55).

O Código de Ética Médica afirma que o médico tem o dever de elaborar um prontuário para cada paciente que ele atende:

“O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina” (CFM, 2009).

Carvalho divide o prontuário do paciente em três setores: “dados de identificação e sociais; dados clínicos; e dados de enfermagem e de demais elementos da equipe de saúde” (SANTO, FREIXO 2011, pág.04 *apud* CARVALHO, 1973, pág.169). Sobre essa divisão Sounis detalha as informações que cada parte deve conter:

“[...] a parte social compreende os dados de identificação e sociais do paciente como os socioeconômicos de seus familiares e dependentes. Entre os dados identificadores indispensáveis devem ser anotados: nome, idade, sexo, filiação, naturalidade, residência e procedência; a parte médica compreende, em conjunto, as papeletas referentes à observação clínica do paciente, sendo seu preenchimento de inteira responsabilidade do corpo clínico, e a parte de enfermagem se refere às anotações feitas na papeleta intitulada “relatório de enfermagem”, onde devem constar, em ordem cronológica, os medicamentos, dietas e outras prescrições médicas. Esta parte é da responsabilidade das enfermeiras (SOUNIS, 1973, pág.55-56)”.

Assim, a organização do prontuário deve obedecer a uma sequência lógica, conforme explica Gotardo:

“[...] na composição do prontuário, em consideração à sua importância legal, didática, médica e para o paciente – são utilizados os seguintes elementos, cuja sequência varia nas instituições. Em geral, segue-se a ordem lógica: identificação – anamnese e exame físico – laudos e pareceres – folha de internação – folhas de prescrição – folhas de evolução – relatório de alta ou de óbito (SANTO, FREIXO 2011, pág.04 *apud* GOTARDO, 2002, pág.21)”.

Sendo assim, como abordam esses autores, o prontuário não pode ser visto como uma burocracia mais sim como uma importante fonte de pesquisa que contribuirá para as atividades meios e fins da instituição.

O prontuário médico é formado por um conjunto de documentos padronizados e ordenados organicamente onde deve conter todos os registros do paciente. Segundo o Manual de Orientação Ética e Disciplinar (2000), o prontuário é constituído de:

“Ficha clínica com as seções: identificação, anamnese (queixas, antecedentes, história mórbida pregressa e história da doença atual), exame físico, hipótese(s) diagnóstica(s) e plano terapêutico; exames complementares: laboratoriais, exames anatomopatológicos, exames radiológicos, ultra-sonográficos, etc.; folha de

evolução clínica; folha de pedido de parecer (que também podem ser feitos na folha de prescrição e respondidos na de evolução clínica); folha de prescrição médica, que no prontuário em uso está logo após o quadro TPR (temperatura, pulso, respiração), podendo conter relatório de enfermagem ou este ser feito em folha separada; quadro TPR (temperatura - pulso - respiração) é a primeira folha do prontuário quando em uso, e resumo de alta / óbito”.

Esta composição tanto serve para os serviços de urgência/emergência, como para as ambulatórias e também para as internações, salvando alguns casos onde o prontuário consta apenas com o cadastro do paciente, folha de evolução e exames. A produção desses prontuários cabe aos profissionais que ficam no cadastro dos pacientes e o preenchimento dos prontuários é obrigação e responsabilidade intransferíveis dos profissionais de saúde, exceto aos hospitais que possui convênio com universidades e os alunos preenchem os prontuários com supervisão do médico.

Os prontuários quando preenchidos corretamente formam a principal defesa do médico e demais profissionais de saúde em casos de denúncia, este documento torna-se a prova que acusa ou defende o médico. Também é de direto do paciente ter acesso a este prontuário mediante identificação e apresentando o real interesse pela consulta. Caso haja a necessidade de cópia o original e retirado do arquivo copiado e repostado no arquivo entregando a cópia ao usuário.

Segundo o Conselho Nacional de Arquivos – CONARQ que traz em sua resolução do Conselho Federal de Medicina Nº 1331/89, revogada pela resolução CFM 1639/02, “considera ser o prontuário médico o conjunto de documentos padronizados e ordenados, destinados ao registro dos cuidados profissionais prestados ao paciente pelos Serviços de Saúde Pública ou Privado”. Resolve nos artigos 1º e 2º:

“Art 1º O prontuário médico é documento de manutenção permanente pelos estabelecimentos de saúde.

Art 2º Após decorrido prazo não inferior a 10 (dez) anos, a partir da data do último registro de atendimento do paciente, o prontuário poder ser substituído por métodos de registro, capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas”.

Esta resolução dá o respaldo para a produção e tramitação do prontuário e sua importância legal para o meio hospitalar, dando a segurança necessária para o manuseio e arquivamento.

Segundo Massad (2003, pág. 04), entende-se que o prontuário tem como funções:

“Apoiar o processo de atenção à saúde, servindo de fonte de informação clínica e administrativa para tomada de decisão e meio de comunicação compartilhando entre todos os profissionais; É o registro legal das ações médicas; Deve apoiar a pesquisa (estudos clínicos, epidemiológicos, avaliação da qualidade); Deve promover o ensino e gerenciamento dos serviços fornecendo dados para cobranças e reembolso,

autorização dos seguros, suporte para aspectos organizações e gerenciamento do custo”.

As funções dos prontuários são de extrema importância para o desenvolver das atividades. Ao compreender a importância do mesmo e sua participação na construção do saber no campo da saúde, os prontuários tornam-se fontes ricas em informações, proporcionando aos usuários um *locus* cheio do saber especializado.

3.2.3 AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS

Avaliar é uma etapa fundamental na gestão de documentos independente de sua instituição. É neste momento em que se define a eliminação ou guarda temporária ou permanente de documentos em um arquivo. Aborda que documentos poderão ser eliminados ou destinados a guarda permanente, em fundamento com o valor que apresentam, sendo assim essencial para o ciclo vital dos documentos.

Segundo o Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística (2004):

“Avaliação é um processo de análise de documentos de arquivo, que estabelece os prazos de guarda e a destinação, de acordo com os valores que lhe são atribuídos”.

Esta atividade está regulamentada pela Lei Nº 8.159, que diz:

“a eliminação de documentos produzidos por instituições públicas e de caráter público será realizada mediante autorização de instituição arquivística pública, na esfera de competência” (BRASIL, 1991).

Atualmente, a função de avaliar é fundamental no que diz respeito a designação de valores dos documentos, constituindo a ação de identificar valores e definir prazos de guarda para os documentos de arquivo, respeitando assim, a legislação vigente. Bellotto (2006, pág.115) diz: que “esses aspectos estão intrinsecamente ligados, já que valor é fazer com que o documento ‘mereça’ adentrar a terceira idade e ai obter seu direito à perenidade e conservação”.

Bellotto (2006, pág.115) ainda afirma que “a avaliação de documento prescreve que, o supérfluo seja eliminado dentro de determinados prazos o que reduz a massa documental sem prejuízo da informação”. Sendo assim avaliar significa atribuir valores distintos aos documentos tanto produzidos e/ou recebidos, de acordo com o seu teor informativo.

Já Schellenberg (2006, pág.182), comenta que um documento pode ser útil por vários motivos:

“O valor que um documento contém devido ao testemunho que oferece da organização e funcionamento da administração pode ocasionalmente ser o mesmo que o valor derivado de sua informação sobre as pessoas, coisas e fenômenos”.

Nas instituições de saúde os valores dos documentos que compõem os prontuários médicos estão associados aos seus conteúdos e este tem o respaldo sobre questões livres daquelas para as quais foram criados. Esses registros são valiosos dossiês que podem ser utilizados para a avaliação dos serviços prestados pelas instituições de saúde.

Magalhães e Ferreira (2005, pág.10), afirma:

“[...] a, qualidade do registro das informações clínicas no prontuário, deve traduzir a eficiência na apresentação de outros produtos finais que visam, além da “cura” do paciente, também a formação e capacitação de profissionais, pesquisa e produção científica, que constituem pilares no processo de evolução da Ciência”.

Este comentário se refere, especificamente aos SAMES dos Hospitais Universitários, mas se enquadra perfeitamente aos centros de saúde como um todo. O prontuário é rico em informações médicas e representam uma fonte de informação útil para todo aquele que busca sanar suas lacunas informacionais sobre pacientes, procedimentos, determinadas enfermidades e tratamentos. As mesmas ainda justificam que “o valor arquivístico de um documento está associado à importância da informação que o mesmo contém e à administração da organização que o gerou em decorrência de suas atividades” (MAGALHÃES; FERREIRA, 2005, pág.10).

O procedimento da avaliação faz com que se mantenha um programa de gestão documental mais eficiente e eficaz, capaz de racionalizar o armazenamento e eliminação de documentos.

As unidades de saúde possuem total responsabilidade da guarda do prontuário, isso vale tanto para unidades de saúde públicas quanto para as particulares. Segundo a Resolução do CFM Nº 1.821/2007 que estabelece, em seu artigo 8º, “o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos documentos dos prontuários dos pacientes em suportes de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmados, ou digitalizados”.

No Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), os prontuários devem ser arquivados por dezoito anos:

“Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a:
I – manter registro das atividades desenvolvidas, através de prontuários individuais, pelo prazo de dezoito ano”.

Avaliar documentos é uma técnica que se revela bastante importante no contexto do processo arquivístico, sendo assim, o fator primordial para esta atividade é a análise tipológica e a observação, dentro de um contexto institucional, dos diversos documentos que compõem o prontuário e conseqüentemente seus aspectos informacionais, legais, jurídicos e científicos. Ao aplicar o procedimento da avaliação de forma indevida pode causar prejuízos administrativos, financeiros e histórico-culturais, muitas vezes irreversíveis.

O CFM junto com o Conselho Nacional de Arquivos – CONARQ, realizou um trabalho em parceria que resultou na Resolução Nº 22/2005, que estabelece no seu artigo 3º, as competências da Comissão Permanente de Avaliação de Documento – CPADE:

“Art. 3º No que se refere ao estabelecimento de temporalidade e destinação final dos prontuários de pacientes, independente da forma ou do suporte, compete à Comissão Permanente de Avaliação de Documentos:

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

Esta resolução considera que o prontuário é um documento que necessita de manutenção permanente pelas instituições de saúde e assim amparada pelo princípio do direito a guarda, serve tanto para o médico quanto as instituições de saúde terem o poder de elementos necessários para a prova e subsídios para futuras avaliações.

Carneiro (2002, pág.835 *apud* SANTOS; FREIXO 2011, pág.06) completa:

“A Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, após consulta à Comissão de Revisão de Prontuários deve elaborar e aplicar critérios de amostragem para a preservação definitiva dos documentos que apresentam informações relevantes do ponto de vista médico-científico, histórico e social”.

Determinar o tempo de guarda e qual a forma de destinação dos prontuários leva a várias discussões entre a comissão e os gestores da instituição de saúde. Decidir o destino e qual orientação às instituições devem seguir, requer de todos um compromisso leal de suas atividades. É fundamental respeitar os dispositivos legais existentes para não haver contradições em sua conjuntura e nunca perder de vistas seu valor como fonte de informação histórica e científica para as futuras gerações.

A Comissão Permanente de Avaliação de Documentos possui sua base legal no artigo 18, do Decreto Nº 4.073/2002 fazendo com que a mesma tenha obrigação perante à instituição:

“Art. 18. Em cada órgão e entidade da Administração Pública Federal será constituída Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, que terá a responsabilidade de orientar e realizar o processo de análise, avaliação e seleção da documentação produzida e acumulada no seu âmbito de atuação, tendo em vista a identificação dos documentos para guarda permanente e a eliminação dos destituídos de valor”.

A resolução nº 22 do CONARQ, no seu artigo 1º, recomenda “às instituições de saúde a criação e implantação de Comissão Permanente de Avaliação de Documentos” (CONARQ, 2005), onde deve ser criada em âmbito das instituições que prestam serviços de saúde por meio de um ato normativo interno da direção e publicado em Diário Oficial, boletim interno, ou veículo de divulgação usualmente utilizado.

Entretanto, as unidades de saúde de maior porte, como os hospitais, em grande maioria, fundam as Comissões de Revisão de Prontuários. Estas comissões possuem a atribuição de checar se os formulários pertencentes aos prontuários estão devidamente preenchidos, assinados, datados, carimbados ou mesmo se os documentos estão ordenados na ordem pré-estabelecida. As atribuições da Comissão de Revisão de Prontuários são complementares às atribuições da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos.

O artigo 9º da Resolução do CFM nº 1.821 vem estabelecer que “as atribuições da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos nas unidades, que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos de prontuários de paciente, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileira, podem ser exercidas pela Comissão de Revisão de Prontuários” (CFM, 2007).

A Resolução nº 22 do CONARQ considera como requisitos necessários para o desenvolvimento do processo de avaliação:

- I - conhecer os objetivos, a estrutura e o funcionamento da instituição detentora dos documentos;
- II - conhecer a organização dos conjuntos documentais a serem avaliados, incluídos os métodos de classificação adotados, bem como sua importância para fins de prova, de informação, e de estudos e pesquisas nas áreas das ciências da saúde, humanas e sociais;
- III - conhecer a terminologia e os procedimentos da área médica, bem como de suas especialidades;
- IV - conhecer a legislação pertinente à concessão de direitos relativos aos indivíduos portadores de necessidades especiais e de doenças graves e terminais (CONARQ, 2005).

Sendo assim, é de competência dessa Comissão recomendar normas vigentes sobre a elaboração dos formulários e seu preenchimento e também avaliar a qualidade da atenção médica por meio da análise qualitativa dos prontuários. Por esta atribuição a mesma é vista, por alguns profissionais, de maneira negativa, sendo muitas vezes interpretada como um grupo que possui características de vigiar, fiscalizar ou controlar, o trabalho alheio.

A sua função, na verdade, é fazer uma análise permanente, verificando o padrão do atendimento que vem sendo ofertado aos pacientes, deslumbrar os resultados das diferentes condutas terapêuticas aplicadas, analisar a eficiência do serviço médico, sugerir medidas para a melhoria do padrão orientar e não fiscalizar a atuação dos profissionais, analisar impressos e sugerir modificações, e por último levantar e propor parâmetros de resultados.

Está Comissão deve interpretar o padrão de atendimento e a eficiência da equipe de saúde com fundamento aos parâmetros tidos como normais relativos à taxa ou porcentagem de ocupação, tempo médico de permanência, taxa de mortalidade, entre outros. Toda essa informação é compilada a partir dos prontuários de pacientes e servem como material para estudos apresentados em reuniões científicas.

As Comissões de Revisões de Prontuários têm natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, constituída com a finalidade de analisar, acompanhar e avaliar o preenchimento e a qualidade dos prontuários dos pacientes. A mesma deve propor as unidades de arquivo e aos profissionais orientação para as ações e procedimentos referentes à avaliação documental, indicando melhorias e qualidade aos prontuários, mantendo estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade para futuras discussões e avaliações dos resultados.

A sua formação deve estar no âmbito da instituição prestadora de assistência à saúde podendo ser constituída mais de uma Comissão, devendo ser composta por uma equipe multidisciplinar das áreas jurídicas, de administração geral, de administração financeira e de arquivo, além de profissionais da saúde, que possuem conhecimentos sobre documentação avaliada.

Os seus membros devem ser designados pela direção da unidade de saúde e, em suma, são médicos de diferentes especialidades, enfermeiros e outros profissionais, além dos responsáveis pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME e do Serviço de Registro e Informações em Saúde – SRIS.

É recomendável que a Comissão conste no Regimento Interno da instituição, de forma que funcione como um meio de assessoria aos órgãos superiores, utilizando de relatórios do SAME como fonte de informação a fundamento auxiliando na tomada de decisões. A formação dessa Comissão para a instituição é de alta relevância por proporcionar um sistema de normatização, orientação e auxílio às equipes assistenciais para o uso correto do prontuário, por fim, a sua finalidade é de promover a avaliação, seleção e destinação final dos documentos, de acordo com a legislação vigente.

3.2.4 PRONTUÁRIOS MÉDICOS ELETRÔNICOS

Segundo o Institute of Medicine – IOM (1997) entende-se por prontuário eletrônico do paciente como:

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

Já o Computer-based Patient Record Institute (*apud* MASSAD, 2003, pág.06) define o prontuário eletrônico como “um registro computadorizado de paciente é informação mantida eletronicamente sobre o estado de saúde e os cuidados que um indivíduo recebeu durante toda a sua vida.”

Tang e McDonald (*apud* MASSAD, 2003, pág.06) diz que “é um repositório de informação mantida de forma eletrônica sobre o estado de saúde e de cuidados de saúde de um indivíduo, durante toda a sua vida, armazenado de modo a servir a múltiplos usuários legítimos.”

Com todas essas definições o prontuário eletrônico recebe outras denominações, embora usadas como sinônimos, como: registro eletrônico do paciente, registro do paciente baseado em computador e registro eletrônico de saúde. Conforme ressalta Leão 1997 (*apud* MASSAD, 2003, pág.06) a digitalização de documentos não pode ser considerada como um prontuário eletrônico, uma vez que não traz mudanças de comportamento e não possibilita a estruturação da informação. Muitos são os benefícios que podemos tirar dos prontuários

eletrônicos, podemos destacar: acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais; acesso a conhecimento científico atualizado com consequência melhoria do processo de tomada de decisão; melhoria de efetividade do cuidado, o que por certo contribuiria para a obtenção de melhores resultados dos tratamentos realizados e atendimento aos pacientes; e possível redução de custos, com otimização dos recursos.

3.2.5 VANTAGENS E DESVANTAGENS – PRONTUÁRIO MÉDICO EM PAPEL E ELETRÔNICO

O que conhecemos hoje de prontuários registrados no suporte em papel é, na maioria das vezes, interpretado como um volume descontrolado de documentos e informações que crescem a cada consulta e requer uma estrutura central e orgânica desses documentos. Mas com a demanda a sua composição está se tornado insuficiente para atender as necessidades. Dessa forma, as principais desvantagens do prontuário em papel são, segundo Massad (2003, pág. 07):

Só pode estar em um lugar ao mesmo tempo – pode não estar disponível ou mesmo ser pedido;
 Conteúdo é livre, variando na ordem, algumas vezes é ilegível, incompleto e com informação ambígua;
 Para estudos científicos, o conteúdo precisa ser transcrito, o que muitas vezes predispõe ao erro;
 As anotações em papel não podem disparar lembretes e alertas aos profissionais.

Para Van Bommel 1997 (*apud* MASSAD 2003, pág. 07) as vantagens do prontuário em papel em contraponto aos registros eletrônicos da seguinte forma:

Prontuário em papel: pode ser facilmente carregado; maior liberdade de estilo ao fazer um relatório, facilidade para buscar um dado; não requer treino especial, não “sai do ar” como ocorre com computadores.
 Prontuário eletrônico: simultâneo acesso em locais distintos; legibilidade; variedade não visão do dado; suporte de entrada de dado estruturada; oferece apoio à decisão; apoio a análise de dados; troca eletrônica de dados e compartilha o suporte ao cuidado.

Já Sittig 1999 (*apud* MASSAD 2003, pág. 07-08) observa vantagens em prontuários eletrônicos, sendo: acesso remoto e simultâneo; legibilidade; segurança de dados; confidencialidade dos dados do paciente; flexibilidade de *layout*; integração com outros sistemas de informação; captura automática de dados; processamento contínuo dos dados; assistência à pesquisa; saídas de dados diferentes; relatórios; e dados atualizados.

McDonald e Barnett 1990 (*apud* MASSAD 2003, pág.09) apresentam algumas desvantagens importantes que devem ser mencionadas como:

Necessidade de grande investimento de hardware e software e treinamento;
Os usuários podem não se acostumar com os procedimentos informatizados;
Estar atendo a resistência e sabotagens;
Demora para ver os resultados do investimento;
Sujeito a falhas tanto de hardware quanto de software; sistemas inoperantes por minutos, horas ou dias que se traduzem em informações não disponíveis;
Dificuldade para a completa e abrangente coleta de dados.

Tanto o prontuário em papel quanto o eletrônico requerem atenção e cuidado no manuseio. Observamos quantas vantagens e desvantagens são apresentadas para estes meios de comunicação entre paciente e médico e o quanto é importante uma eficaz tramitação e guarda destes documentos.

Faz-se necessária melhor compreensão do que seja prontuário e sua importância no meio médico. Os centros de saúde, em especial, carecem desses cuidados, sentem a falta de uma integração da informação e presenciam o quanto a desorganização leva a perda de tempo por uma informação desejada para a tomada de decisão.

A tecnologia avança a cada segundo e todo meio administrativo anseia por novos meios de comunicação que viabilizem os procedimentos. Os prontuários eletrônicos vêm para atender a uma demanda que cresce a todo tempo e temos que estar preparados para esse formato.

3.2.6 IMPLANTAÇÃO E USO DO PRONTUÁRIO MÉDICO ELETRÔNICO

Várias são as oportunidades e obstáculos para a criação do prontuário eletrônico. Este sistema vem somar e trazer soluções para a área de saúde e viabilizar a sua interação com a informação. A internet vem contribuindo para estas soluções e diminuindo as distâncias e compartilhando dados antes considerados impossíveis.

Apresentamos alguns fatores de sucesso para a implantação de um prontuário eletrônico: cooperação, tornar disponíveis programas de tratamento (protocolos, guias de conduta, alertas, aviso), a educação da equipe e a implantação de normas e padrões tecnológicos e em relação aos dados. Entretanto, o sucesso do sistema depende mais das pessoas que comandam do que do próprio sistema como ressalta Reed Gardner, um pioneiro no desenvolvimento de sistemas de informações em saúde, responsável por um dos sistemas

de maior sucesso na Informática Médica, o sistema HELP do Latter Day Saints Hospital em Salt Lake City – Utah, Estados Unidos (MASSAD 2003, pág.16).

Autores já mencionados neste capítulo apontam riscos e obstáculos críticos no desenvolvimento e implantação de prontuários eletrônicos, são eles: falta de entendimento das capacidades e benefícios dos prontuários eletrônicos; padronização; interface com o usuário; segurança e confidencialidade; falta de infraestrutura; aceitação pelo usuário; aspectos legais; conteúdo do prontuário eletrônico; e mudança de comportamento.

Segundo o Conselho Federal de Medicina Nº 1.821/07, que 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. Ver no Anexo A.

Muitos são os desafios, assim como a complexidade dos prontuários médicos eletrônicos. A dificuldade está no registro, controle e recuperação desta informação. A realização deste meio de comunicação vem sofrendo dificuldade por intermédio dos profissionais que não dão atenção direta a sua composição. As vantagens de sistemas integrados valem quando se tem profissionais integrados nesta construção que só trará benefícios a instituição e usuários.

Temos também outros obstáculos para chegar ao prontuário eletrônico: a falta de planejamento estratégico na implantação do sistema pouco ou nenhum incentivo interno da organização para atingir a integração clínica, autonomia dos hospitais; e principalmente a falta de planejamento do atendimento à saúde da população.

Segundo Massad (2003, pág,18) alguns requisitos devem ser atendidos, tais como:

- Promover mudança comportamental dos profissionais, demonstrando a ineficiência dos requisitos manuais para lidarem com as grandes quantidades de informações geradas no sistema de saúde;
- Promover mudança nos sistemas e adotar sistemas computacionais abertos, que atendam aos requisitos de interoperabilidade;
- Utilizar tecnologia moderna, evitando a obsolescência;
- Usar normas (padrões) no registro clínico e na transferência das informações em saúde;
- Desenvolver e atualizar a legislação, atendendo às necessidades que foram impostas pelo desenvolvimento científico e tecnológico com criação de leis nacionais para estabelecer requisitos mínimos no uso de padrões e melhoria da qualidade do cuidado (padrões de prática).

Todos esses requisitos só vêm a agregar melhorias à instituição. É necessário que todos que compõem a mesma tenham consciência do quanto é importante a integração da informação e sua recuperação em tempo hábil. É uma realidade o uso da tecnologia nas

instituições e é uma realidade a ideia de prontuário eletrônico em instituições de saúde. Os gestores deveriam conhecer a necessidade deste processo e sua integração junto aos funcionários. O processo é longo mais não impossível, é sabido sobre os investimentos para tal feito, entretanto não pode-se negar que existem ganhos com a possibilidade de acessar a informação apenas dando um *click*.

4 ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

A metodologia deste trabalho será realizada em duas fases que contemplam as intervenções básicas de revitalização de um conjunto documental de uma unidade de saúde. O SAME do Centro Municipal de Referência em Saúde Leonard Mozart da Prefeitura Municipal de Cabedelo, por nunca ter passado por uma intervenção arquivística agregou, com o tempo, sérios problemas funcionais no arquivo gerando assim sérios problemas referentes à recuperação da informação em tempo hábil.

Pretende-se com esta proposta atender ao Artigo 3º da Lei 8.159/91 que aborda a gestão de documentos de um arquivo:

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

Sendo assim apresentamos:

A) Fase I – Organização do Arquivo

Nesta fase serão inventariados os prontuários existentes no SAME, visando a busca por prontuários duplicados e perdidos pelo fato de não ter um local que obtenha esta informação. Levantar as tipologias documentais existentes nos prontuários para uma futura elaboração de uma TTD. Higienizar, ordenar e guardar os prontuários, visto que os mesmos encontram-se em condições precárias de manuseio, empoeirados, degradados e cheios de cliques e grampos dificultando até a leitura.

a) Listagem de todos os prontuários médicos;

Nesta etapa, continuamos a alimentar a pasta do *SAME_cópia* em busca de prontuários duplicados. Esta atividade será fundamental antes de qualquer coisa para

saberemos quantos prontuários duplicados o arquivo apresenta. Com esta atividade que iniciamos já conseguimos identificar pacientes com dois, três e até cinco prontuários em intervalo curto de tempo.

b) Comissão de avaliação de prontuários

A instituição da Comissão de Avaliação dos Prontuários Médicos irá trazer contribuições significativas para o setor. A comissão será instituída para sanar a lacuna de reconstituição dos prontuários visto que o mesmo sai organizado e volta com sua estrutura de ordenação corrompida pelos enfermeiros e médicos, profissionais que lidam diretamente com a documentação.

c) Higienização;

Nets fase será feita a retirada dos cliques, grampos entre outros resíduos por meio de técnicas apropriadas, visando a preservação desses documentos. Segundo Ingrid Beck (2006, p.26) *“preservação é a soma das medidas necessárias para garantir a acessibilidade permanente – para sempre – do patrimônio documental”*. Esta atividade irá assegurar a vida dos prontuários no SAME deixando-os sempre prontos para manuseio adequado, garantindo, de certa forma, sua preservação.

d) Levantamento das tipologias;

Etapa muito importante, visto que na Arquivologia esta nomenclatura é usada para identificarmos quais documentos existem no acervo, que tipos documentais compõem o conjunto documental. Como uma das etapas é a da elaboração da TTD, se faz necessário este estudo para compreendermos quais tipos documentais compõem os prontuários. Durante o diagnóstico do SAME, foi observado que a maioria dos tipos documentais são a folha de cadastro – contendo toda informação pessoal do paciente – e a folha de avaliação – que à medida que o mesmo vem para consulta é preenchida com data, avaliação do médico e seu carimbo. Poucos são os prontuários que apresentam exames em sua composição, os que apresentam são os prontuários dos pacientes das DSTs. Para estes prontuários serão realizadas uma avaliação diferenciada visto que a informação nele contida deve passar por uma vista médica antes de qualquer ato de eliminação. Os demais prontuários vão seguir as normas vigentes do CFM e CONARQ.

e) Acondicionamento e guarda dos documentos;

Segundo o Dicionários de Terminologia Arquivística (2004, pág.13) acondicionar é “*ato ou efeito de embalar ou guardar documentos de forma apropriada à sua preservação e acesso*”. Depois de higienizar a documentação acondiciona-la em condições apropriadas é necessário para a manutenção do acervo. No momento que fazemos isso automaticamente guardamos os prontuários esperando novas consultas.

B) Fase II – Elaboração do Plano de Classificação e Tabela de Temporalidade

Nesta segunda fase será elaborada a TTD que será fundamentada, dentro dos princípios legais e normativos, levando em consideração aspectos de valores históricos e de pesquisas científicas, observando também os argumentos dos funcionários do arquivo, direção e médicos que trabalham na policlínica. A tabela é um instrumento vital para a organização do arquivo, pois é ela que estabelecerá os prazos de guarda que cada documento deve cumprir no arquivo. É este instrumento que proporciona o descarte seguro dos documentos prescritos por Lei os quais não foram atribuídos valores para futuras pesquisas.

Teremos a criação de um banco de dados apropriado para o SAME que terá como foco a agilidade dos serviços no arquivo, visto que hoje para a realização deste trabalho os funcionários contam com planilhas em *Excel* elaboradas por antigos colaboradores do setor que resgatam a informação básica que é o número do prontuário junto com o nome. Estas planilhas não contém os mais de 50.500 prontuários que o SAME já possui dificultando ainda mais os trabalhos no setor. Existem ainda os livros de busca que estão em um estado bastante avançado de degradação e que atrasam muito o serviço deixando o usuário a esperar mais de meia hora pelo número do prontuário.

O arquivo será estruturado para a futura implantação de prontuários eletrônicos. Um desejo bastante almejado pelos funcionários que buscam agilizar os trabalhos da policlínica como um todo. Paralelo a isso vamos fazer uma reeducação de uso e manutenção do SAME. Espera-se que todos compreendam a sua composição e formação e saibam utilizar os instrumentos para a recuperação dos prontuários que desejam, em tempo eficaz.

a) Elaboração da tabela de temporalidade de documentos – TTD;

A tabela de temporalidade é um instrumento destinado e aprovado por autoridade competente que irá determinar os prazos e condições de guarda dos documentos, tendo em vista a sua transferência, recolhimento, descarte ou eliminação. Para os prontuários esta ferramenta irá auxiliar a não haver um número muito levado de documentos produzidos sem utilização - problema muito comum no SAME. Pretende-se com isso que sejam mantidos apenas os prontuários que estão em uso tanto para os pacientes quanto para pesquisa.

b) Planejamento e implantação de um banco de dados específicos para os prontuários médicos e alimentá-lo;

A elaboração deste banco de dados será junto com uma equipe de profissionais de Tecnologia da Informação – TI especializada na construção de banco de dados específicos para esta atividade fim. Sabemos da importância de um instrumento como esse e o quanto ele se faz necessário para o resgate da informação, sendo assim iremos com esta equipe elaborar um bando de dados que atenda principalmente as necessidades da policlínica sem desrespeitar os princípios e técnicas arquivísticas.

c) Preparação do ambiente físico para acondicionamento dos prontuários médicos eletrônicos;

Nesta etapa será planejada a estrutura física do SAME, dentro de uma perspectiva de melhores condições para os arquivos físicos e preparação para proceder aos prontuários eletrônicos de forma que haja sinergia entre os dois suportes. É inevitável a inserção da tecnologia do nosso meio de trabalho e num arquivo com este porte é primordial a existência de prontuários eletrônicos. Esta ferramenta proporciona agilidade e diminui consideravelmente a perda de documentos. O investimento para o arquivo como esse é necessário e sua manutenção é obrigatória vista a quantidade de informações nele contida. Será necessária atenção especial com as questões de segurança e back up de tudo produzido em um intervalo muito curto de tempo para que não haja contratempos referentes a perdas e uma compreensão de todos da importância de uma ferramenta deste porte.

d) Capacitação dos usuários internos e externos sobre o SAME.

Na conclusão das tarefas de implementação da revitalização do SAME do Centro Municipal de Referência em Saúde Leonard Mozart da Prefeitura Municipal de Cabedelo, faz necessário uma capacitação para todos que utilizam o arquivo. É fundamental criar uma consciência interna referente ao SAME onde todos compreendam e considerem o arquivo importante, que saibam manusear devidamente os prontuários e consigam acessar as informações que necessitam em tempo hábil seja em ambiente convencional quanto eletrônico e principalmente a manutenção do mesmo porque só assim todos irão obter a informação que deseja em tempo eficiente e eficaz.

4.1 EQUIPE DE TRABALHO

Execução: Funcionários responsáveis pelo arquivo.

Equipe de Apoio: Seis estagiários.

Coordenação e Supervisão Técnica: A Técnica de Arquivo que trabalha no SAME (Arquivista).

4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO TRABALHO

O trabalho será realizado nas dependências do próprio SAME. Para garantir o bom andamento das atividades junto às equipes de trabalho, sugere-se que o trabalho seja iniciado tão logo o espaço físico esteja devidamente, ampliado, pintado, com as instalações elétricas providenciadas, equipamentos de combate a incêndios instalados e os equipamentos de proteção individuais - EPI's disponíveis para o uso, bem como a limpeza adequada.

4.3 MATERIAL E EQUIPAMENTO DE TRABALHO

Materiais e equipamento necessários para a realização d trabalho, mobiliário, material de papelaria (consumo), arquivos deslizantes nas características suspensos, computador/ impressora multifuncional e equipamento de segurança EPI's (luvas, máscaras, toucas, jalecos

e óculos de proteção), deverão ser providenciados pela Secretária de Saúde. A lista de material encontra-se no Anexo B.

4.4 PRAZO DE REALIZAÇÃO DO TRABALHO (FASE I E II)

Considerando o volume de mais de 50.400 prontuários médicos, estima-se um período de três anos. Podendo ser prorrogado para a conclusão das duas fases. Considerando, também, que o início dos trabalhos será contado a partir da liberação do arquivo devidamente reformado e com matérias de consumo e EPI's disponibilizados.

5 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Atividade	Período de Execução						Investimento (Valores Aproximados)
	1º Sem. 2014	2º Sem. 2014	1º Sem. 2015	2º Sem. 2015	1º Sem. 2016	2º Sem. 2016	
Início da Fase I – Organização de Arquivo							
Listagem de todos os prontuários;							Serão orçados pela Secretaria Municipal de Saúde
Higienização;							
Levantamento das tipologias;							
Ordenação de acordo com a manutenção da ordem original							
Acondicionamento de guarda dos documentos.							
Início da Fase II – Instrumento de Pesquisa							
Criar a Tabela de Temporalidade de Documentos – TTD							Serão orçados pela Secretaria Municipal de Saúde
Criar um banco de dados específicos para os prontuários médicos e alimentá-lo							
Preparação do ambiente para futura implantação dos Prontuários eletrônicos							
Reeducação do uso e manuseio do SAME, tanto para os usuários internos e externos e manutenção do arquivo.							

Quadro 01: Plano de Execução e Orçamento

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Manter um arquivo como este é o desafio. Foi observado, ao longo deste trabalho, que um curto tempo levou para o arquivo ficar desorganizado e que o também o tempo gasto para sua organização não será de imediato, é necessário planejamento e preparação para se começar a execução.

Um arquivo de uma unidade de saúde é constantemente usado pelos usuários internos e externos. A demanda pela informação é grande e se torna quase um “crime” o local não estar apropriado para uso. Este trabalho veio para dar um alerta para o quão importante é o SAME e como ele está necessitando de intervenções arquivísticas em caráter de urgência.

Seria negligente deixar um arquivo como este, que conta com os diagnósticos dos Cabedelenses, perder-se por um descaso.

Espera-se, com este trabalho, fazer com o que os gestores e todos os envolvidos vejam o arquivo como um local importante para tomada de decisões bem como uma fonte de informação onde todos que buscam sanar as suas lacunas informacionais encontrem o que deseja neste *locus*. Assim, ações de prestação de serviços de informação atenderão não só os profissionais de saúde, mas sobretudo os cidadãos que necessitarem de seus registros médicos mediante suas demandas específicas.

REFERÊNCIAS

- BELLOTO, Heloisa Liberalli. Valores dos documentos de terceira idade. In: Arquivos Permanentes: tratamento documental. 4. ed. Rio de Janeiro. FGV, 2006. p. 113-124.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acessado em 18 de fevereiro de 2014.
- BRASIL. Lei nº 8.159, de 08 de janeiro de 1991. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dar outras providências. Disponível em http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?from_info_index=11&infoid=100&sid=52. Acessado em 08 de março de 2014.
- BRASIL. Decreto nº 4.073, de 03 de janeiro de 2002. Regulamenta a Lei nº 8.159, de 08 de janeiro de 1991, que dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4073.htm. Acessado em 20 de fevereiro de 2014.
- BECK, Ingrid. O ensino da preservação documental nos cursos de arquivologia e biblioteconomia: perspectivas para formar um novo profissional. 2006. ix f; 109 f.
- CAMPAGNOLLI, Paula Regina. Sistema de arquivos médicos e estatísticos: um estudo descritivo como referência básica à implantação e a operação. UNIRIO, p.29.
- CFM. Resolução nº 1821/2007. 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. Disponível em <http://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelinck.php?numlink=1-178-34-2007-07-11-1821>. Acessado em 18 de fevereiro de 2014.
- CONARQ. Resolução nº 22 de 30 de junho de 2005. Dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde. Disponível em <http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=73&sid=46>. Acessado em 18 de fevereiro de 2014.
- MASSAD, Eduardo. MARIN, Heimar de Fátima. NETO, Soares de Azevedo. LIRA, Antonio Carlos Onofre. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. São Paulo: H. de F. Marin, 2003. 213p.

MEUPRONTUÁRIO. Disponível em: <http://www.meuprontuario.net/prontuario-medico/blog/corporativo/Historia-o-primeiro-prontuario-medico.html>. Acessado em 05 de fevereiro de 2014.

PORTALMEDICO. Disponível: <http://www.portalmedico.org.br/Regional/crm-sc/manual/parte3b.hm>. Acessado em 05 de fevereiro de 2014.

REIS, Luís. O arquivo e arquivística evolução histórica. Disponível: <http://www.ilustrados.com/tema/5566/arquivo-arquivistica-evoluc-historica.html>. Acessado em 20 de fevereiro de 2014.

SANTOS, Nanci Moreira dos. FREIXO, Aurora Leonor. A gestão do prontuário do paciente com ênfase na atuação da Comissão de Revisão de Prontuário. III SBA – Simpósio Baiano de Arquivologia. 2011. 12p.

SCHELLENBERG, Theodore Roosevelt. Arquivos Médicos: princípios modernos. Trad. De Nilza Teixeira Soares. – 6. ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006. 388p.

SILVA, Jaime Antunes da, etc. Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística. Arquivo Nacional. Rio de Janeiro. 2014, p.167.

ANEXOANEXO A**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.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar um prontuário para cada paciente a que assiste;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina (CFM) é a autoridade certificadora dos médicos do Brasil (AC) e distribuirá o CRM-Digital aos médicos interessados, que será um certificado padrão ICP-Brasil;

CONSIDERANDO que as unidades de serviços de apoio, diagnóstico e terapêutica têm documentos próprios, que fazem parte dos prontuários dos pacientes;

CONSIDERANDO o crescente volume de documentos armazenados pelos vários tipos de estabelecimentos de saúde, conforme definição de tipos de unidades do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO os avanços da tecnologia da informação e de telecomunicações, que oferecem novos métodos de armazenamento e transmissão de dados;

CONSIDERANDO o teor das [Resoluções CFM nos 1.605, de 29 de setembro de 2000, e 1.638, de 9 de agosto de 2002;](#)

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/02, aprovado na sessão plenária de 10 de julho de 2002, que trata de prontuário elaborado em meio eletrônico;

CONSIDERANDO que o prontuário do paciente, em qualquer meio de armazenamento, é propriedade física da instituição onde o mesmo é assistido - independente de ser unidade de saúde ou consultório -, a quem cabe o dever da guarda do documento;

CONSIDERANDO que os dados ali contidos pertencem ao paciente e só podem ser divulgados com sua autorização ou a de seu responsável, ou por dever legal ou justa causa;

CONSIDERANDO que o prontuário e seus respectivos dados pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que quando solicitado por ele ou seu representante legal permita o fornecimento de cópias autênticas das informações pertinentes;

CONSIDERANDO que o sigilo profissional, que visa preservar a privacidade do indivíduo, deve estar sujeito às normas estabelecidas na legislação e no Código de Ética Médica, independente do meio utilizado para o armazenamento dos dados no prontuário, quer eletrônico quer em papel;

CONSIDERANDO o disposto no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, elaborado, conforme convênio, pelo Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde;

CONSIDERANDO que a autorização legal para eliminar o papel depende de que os sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes atendam integralmente aos requisitos do "Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)", estabelecidos no referido manual;

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

CONSIDERANDO os enunciados constantes nos artigos 102 a 109 do Capítulo IX do Código de Ética Médica, o médico tem a obrigação ética de proteger o sigilo profissional;

CONSIDERANDO o preceituado no [artigo 5º, inciso X da Constituição da República Federativa do Brasil](#), nos [artigos 153, 154 e 325](#) do Código Penal ([Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940](#)) e no [artigo 229, inciso I do Código Civil \(Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002\)](#);

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 11/7/2007, resolve:

Art.1º Aprovar o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, versão 3.0 e/ou outra versão aprovada pelo Conselho Federal de Medicina, anexo e também disponível nos sites do Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), respectivamente, www.portalmedico.org.br e www.sbis.org.br.

Art.2º Autorizar a digitalização dos prontuários dos pacientes, desde que o modo de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça a norma específica de digitalização contida nos parágrafos abaixo e, após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários, as normas da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

§ 1º Os métodos de digitalização devem reproduzir todas as informações dos documentos originais.

§ 2º Os arquivos digitais oriundos da digitalização dos documentos do prontuário dos pacientes deverão ser controlados por sistemas especializado (Gerenciamento Eletrônicos de Documentos – GED), que possua, minimamente, as seguintes características:

- a) Capacidade de utilizar base de dados adequada para o armazenamento dos arquivos digitalizados;
- b) Método de indexação que permita criar um arquivamento organizado, possibilitando a pesquisa de maneira simples e eficiente;
- c) Obediência aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde;

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

Art. 4º Não autorizar a eliminação do papel quando da utilização somente do “Nível de garantia de segurança 1 (NGS1)”, por falta de amparo legal.

Art. 5º Como o “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, exige o uso de assinatura digital, e conforme os artigos 2º e 3º desta resolução, está autorizada a utilização de certificado digital padrão ICP-Brasil, até a implantação do CRM Digital pelo CFM, quando então será dado um prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias para que os sistemas informatizados incorporem este novo certificado.

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

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

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

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

Art. 10º Estabelecer que o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), mediante convênio específico, expedirão selo de qualidade dos sistemas informatizados que estejam de acordo com o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, aprovado nesta resolução.

Art. 11° Ficam revogadas as Resoluções CFM n^{os} 1.331/89 e 1.639/02, e demais disposições em contrário.

Art. 12° Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO B

Relação de Equipamentos EPI's e Material de Consumo

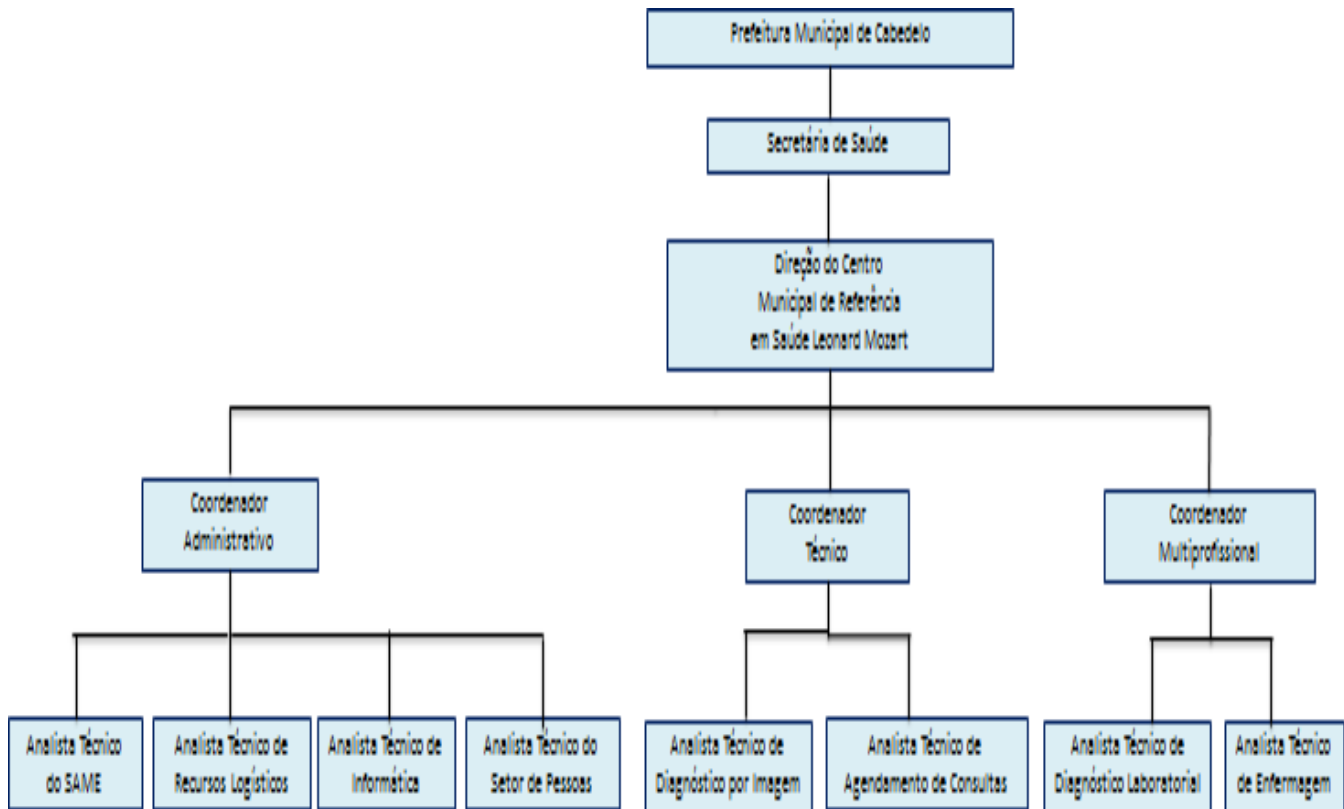
ITEM	ESPECIFICAÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE
Microcomputador	Ídeo CORE 2 QUAD Q 8400; 4 gb- (ídeo a íd- DDR 2 ou 3); HD- 500Gb; Drive de DVD RW; Placa de ídeo-ZOGIS_ GEFORCE 9500 GT(1 Gb de memória RAM(Incluso na placa) 128 Bits(HDMI); Monitor TV LCD 20” sansung:2033 m 1680x900 sms(HDMI)	02 Unid.
Impressora	MULTIFUNCIONAL: HP laser jet color/cm 1312.	02 Unid
Óculos	Óculos de segurança	04 Unid.
Máscara	Máscara Branca Descartável Dupla de polipropileno com Elástico em tamanho único	1.000 Unid.
Toucas protetoras	Toucas descartáveis de polipropileno	500 Unid.
Luvras	Luvras de látex para procedimento “ TAMANHO M ”	18 Caixas
Luvras	Luvras de látex para procedimento “ TAMANHO G ”	08 Caixas
Pró-pé bota	Pró-pé bota – usado em sala de cirurgia	500 Unid.
Flanela	Flanela	03 Unid.
Papel Neutro	Papel neutro tamanho 37 x 52	1.500 Unid.
Papelão	Cor neutra	10 Unid.
Papel	Papel A4	1.000 Unid.
Lápis	Lápis grafite “ 6B ” Faber Castel	20 Unid.
Rolo de barbante	Barbante de algodão cru	03 Unid.
Tesouras	Tesouras para cortar papel	02 Unid.
Borrachas	Borracha escolar branca	20 Unid.
Pincéis	Pincel - pelo sintético – cabo curto – Tigre/modelo 773	03 Unid.
Caneta esferográfica	Azul ou Preta	10 Unid.
Extrator	Extrator de grampos	03 Unid.
Cola	Cola de isopor	10 Unid.
Estilete	Estilete de lâmina	03 Unid.
Etiqueta adesiva	Etiqueta Branca Pimaco 6181-P. Embalagem com 2400 etiquetas de 25,4mm x 101,6mm.	1 Embal.
Saco Plástico	22 cm x 32 cm com 4 ou 2 furos, gramatura 10mm	2.000 Unid.
Bebedouro	Bebedouro elétrico – natural/gelada	01 Unid.
Galão de Água	Galão de Água	12 Unid.
Copo	Copo descartável	400 Unid.
Grampos	Grampo plástico do tipo CLICK-TELOS	1.300 Unid.
Perfurador	Perfurador de papel	02 Unid.

Caixa Arquivo Polionda	Caixa de Arquivo Polionda de Plástico Pequena	20.000 Unid.
Pastas	Pastas Intercaladoras (330x240mm) (420g/m ²) em papel cartão	20.000 Unid.
Régua	Régua 30cm, transparente	02 Unid.
Grampeador	Grampeador manual – tamanho médio	02 Unid.
Lápis Piloto	Lápis piloto, cor vermelha ou preta	04 Unid.
Cesto de Lixo	Cesto de lixo – tamanho grande	02 Unid.
Mesa Retangular	Mesa retangular para trabalho de higienização em tamanho razoável	01 Unid.
Cadeira	Cadeira sem braço com assento e encosto	04 Unid.
Aspirador de Pó	Aspirador de Pó Portátil	01 Unid.
Sabão em Pedra	Sabão em Pedra comum	01 Unid.
Sabonete Neutro	<i>Protex</i>	03 Unid.
Esponja de Limpeza	Esponja de Limpeza – sem preferência de marca	02 Unid.
Detergente Líquido	Detergente Líquido “ <i>Ype</i> ”	02 Unid.

APÊNDICES

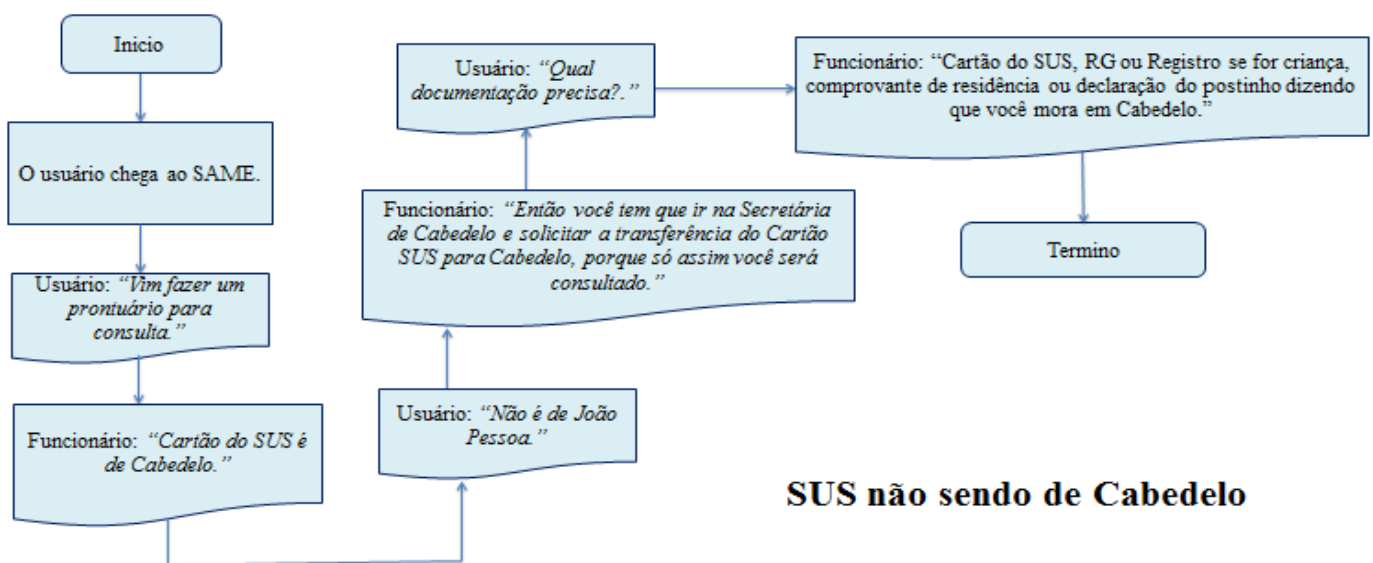
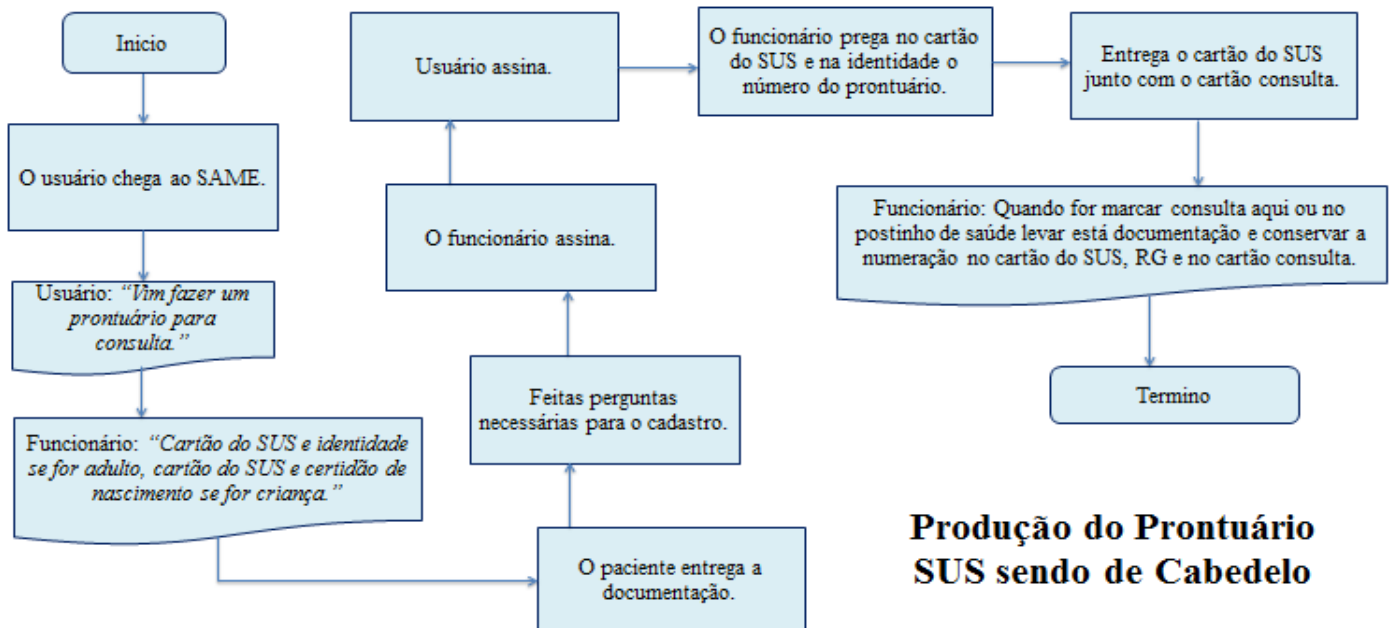
APÊNDICE A

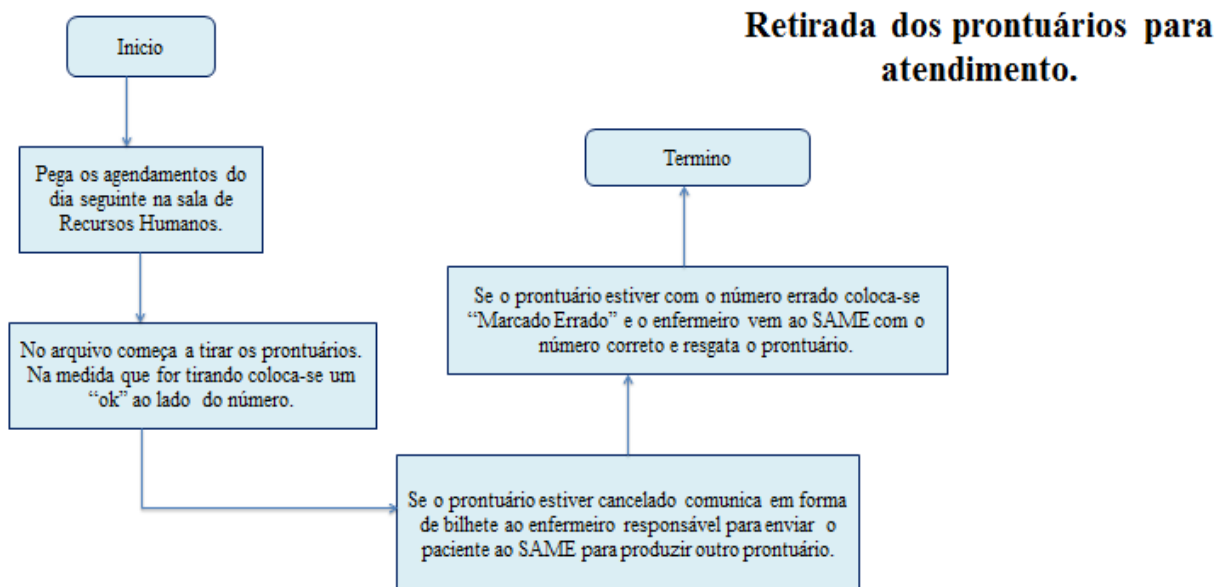
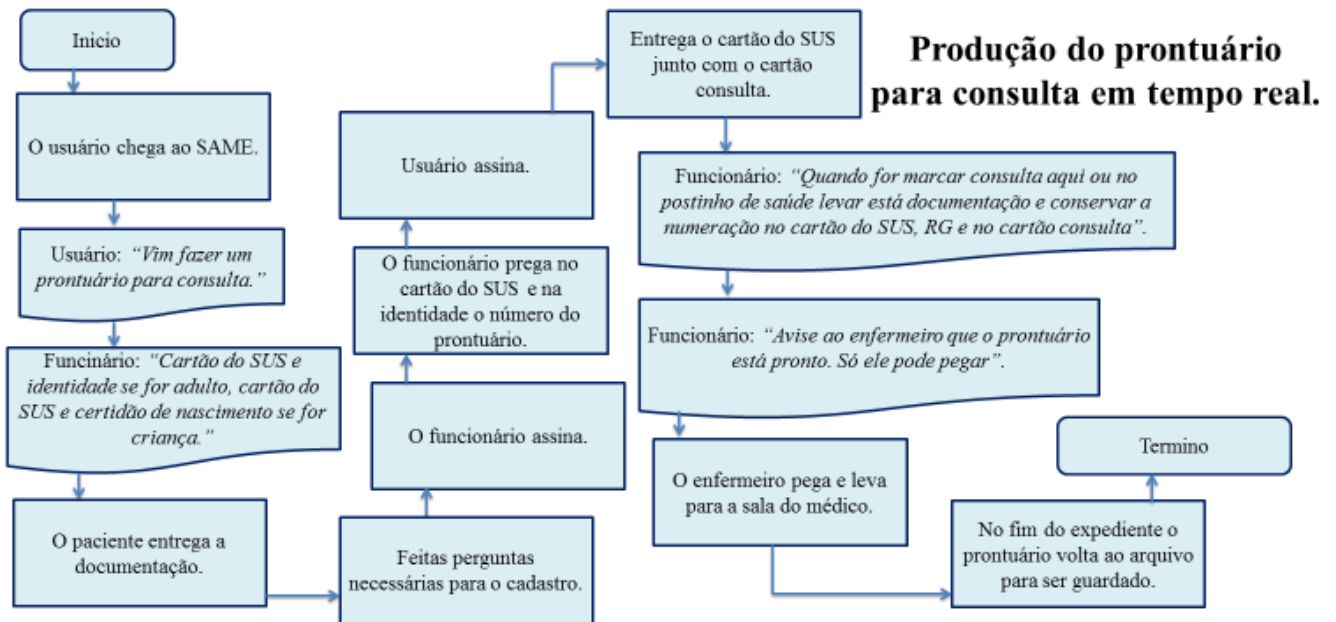
Organograma da Policlínica



APÊNDICE B

Fluxogramas das Atividades do SAME:





APÊNDICE C

Layout atual do Arquivo

