



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
FACULDADE DE ARQUIVOLOGIA**

NAYANE ARNAUD DA VERA CRUZ

**DIAGNOSTICO NO ARQUIVO MÉDICO DE GERENCIAMENTO A INFORMAÇÃO
DO PACIENTE DA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ**

Belém
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

NAYANE ARNAUD DA VERA CRUZ

**DIAGNOSTICO NO ARQUIVO MÉDICO DE GERENCIAMENTO A INFORMAÇÃO
DO PACIENTE DA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado na Faculdade de Arquivologia
da Universidade Federal do Pará como
parte da avaliação para obtenção do título
de bacharel em Arquivologia.

Orientador: Prof. Me. Gilberto Gomes
Cândido

Belém
2019

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a)
autor(a)**

V473d Vera Cruz, Nayane Arnaud da
DIAGNOSTICO NO ARQUIVO MÉDICO DE
GERENCIAMENTO A INFORMAÇÃO DO PACIENTE DA
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ /
Nayane Arnaud da Vera Cruz. — 2019.
51 f. : il. color.

Orientador(a): Prof. Me. Gilberto Gomes Cândido
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Faculdade de Arquivologia, Instituto de Ciências Sociais
Aplicadas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2019.

1. Arquivo Médico. 2. Diagnóstico. 3. Fundação Santa
Casa de Misericórdia do Pará. 4. Gestão Documental. I.
Título.

CDD 025.0661

NAYANE ARNAUD DA VERA CRUZ

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para a
obtenção do grau de Bacharel em
Arquivologia pela Universidade Federal do
Pará

Orientador: Prof. Me. Gilberto Gomes
Cândido

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Gilberto Gomes Cândido – *Orientador*
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Prof.^a Dr. Renata Lira Furtado
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Prof. Dr. Fernando de Assis Rodrigues
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Universidade Federal do Pará – UFPA
Belém, 10 de Dezembro de 2019.

“Dedico esse trabalho aos meus pais Maria Nilza Arnaud da Vera Cruz e Ademir Ancelmo da Vera Cruz, por toda educação, amor, carinho, e incentivo a mim proporcionado”.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a primeiramente a Deus por sempre me proporcionar saúde e incentivo nos momentos difíceis e principalmente por nunca ter me deixado desistir dessa caminhada.

Aos meus pais Maria Nilza Cruz e Ademir Cruz por todo carinho, dedicação, amor, confiança e incentivo durante toda a minha jornada na graduação.

Agradeço também a minha família por todo o apoio, em especial aos meus irmãos Aécio Cruz, Adenilzo Cruz, Cláudia Cruz e Lícia Cruz por toda assistência e companheirismo durante esses quatro anos de graduação.

Ao meu orientador Prof. Me. Gilberto Gomes Cândido, por toda dedicação e principalmente pela confiança durante todo o período de construção desse trabalho. Aos colegas de classe, em especial às minhas amigas, Débora Silva, Emilly Campos, Pâmela Velasco e Jennifer Galdino, por toda companhia e amizade durante a graduação.

Aos servidores do Arquivo Médico da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, pelas informações a mim concedida para que eu pudesse desenvolver este trabalho, a quem também sinto um carinho muito especial.

A todo o corpo docente do Curso de Arquivologia da UFPA, por todo aprendizado a mim proporcionado no decorrer do curso.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente estiveram comigo durante toda essa caminhada, me incentivando e apoiando para que eu nunca desistisse.

A todos vocês meu muito Obrigada!!!

RESUMO

A gestão documental é um processo que impulsiona no desenvolvimento de qualquer instituição seja pública ou privada desde que haja um planejamento para o controle do fluxo e produção documental. Desta forma, a presente pesquisa teve como objetivo realizar um diagnóstico situacional no acervo médico de Gerenciamento a Informação do Paciente, da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, na qual buscou-se conhecer as atividades diárias desempenhadas pelos servidores do arquivo, averiguar em que situação estão acondicionados os documentos e identificar se existe na instituição medidas que visem amenizar o excesso de produção documental e a escassez de espaço físico. A pesquisa é caracterizada como um estudo de caso, e para o seu embasamento utilizou-se referenciais teóricos, da análise descritiva e como ferramenta para a coleta de dados a realização de entrevistas. Os resultados demonstram os tipos de atividades realizadas no arquivo, como os documentos são acondicionados e as medidas voltadas para o controle de produção documental e a escassez de espaço físico na instituição, propondo indagações e sugestões para amenizar a problemática referente a gestão documental e reflexões em torno da falta de um profissional arquivista no quadro efetivo da instituição.

Palavras-chave: Arquivo Médico; Diagnóstico; Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará; Gestão Documental.

ABSTRACT

Document management is a process that drives the development of any institution whether public or private as long as there is a planning for the flow control and document production. Thus, the present research aimed to perform a situational diagnosis in the medical archive of Patient Information Management, of the Santa Casa de Misericórdia do Pará Foundation, which sought to know the daily activities performed by the archives' servers, to ascertain in what in this situation the documents are packed and if there are measures in the institution that aim to alleviate the excess of documentary production and the scarcity of physical space. The research is characterized as a case study, and for this foundation we used theoretical references, descriptive analysis and as a tool for data collection the conduct interviews. The results show the types of activities performed in the archive, how the documents are wrapped and the measures directed to the control of documentary production and the scarcity of physical space in the institution, proposing questions and suggestions to alleviate the problems related to document management and reflections on lack of an archivist in the institution's staff.

Key-words: Medical Archive; Diagnosis; Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará; Document Management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Salão do arquivo.....	34
Figura 2 - Corredor do arquivo.....	34
Figura 3 - Prontuários de registro	41

LISTA DE QUADROS

Quadros 1 - Aspectos conceituais de diagnóstico em arquivos	21
Quadros 2 - Demonstrativo da movimentação de prontuário na atividade diária do Arquivo Médico da FSCMP de 2016 a 2018	32
Quadros 3 - Demonstrativo dos prontuários microfilmados e digitalizados	36
Quadros 4 - Estudo Comparativo da Movimentação de Prontuários decorrente das atividades desenvolvidas pelo arquivo	39

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CFM	Conselho Federal de Medicina
CONARQ	Conselho Nacional de Arquivo
CRM	Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará
DATO	Diretoria de Apoio Técnico e Operacional
DNV	Declaração de Nascido Vivo
E-ARQ BRASIL	Modelo de Requisitos para Sistemas Informatizados de Gestão
Arquivística de Documentos	
GIPE	Gerência de Informação do Paciente
HOSPUB	Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar
LAI	Lei de Acesso a Informação
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
MV	Magnus Vargas
NSG	Nível de Garantia de Segurança
PRODEPA	Empresa de Tecnologia da Informação e Comunicação do Pará
SESMA	Secretaria Municipal de Saúde do Pará
SESPA	Secretaria de Estado de Saúde Pública
SIGAD	Sistema Informatizado de Gestão Arquivística de Documentos
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 GESTÃO DOCUMENTAL E SEUS CONCEITOS: NO ÂMBITO BRASILEIRO	15
2.1 Diagnóstico na perspectiva arquivística e suas características	20
3 ARQUIVO MÉDICO	25
4 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL NO ARQUIVO MÉDICO DE GERENCIAMENTO A INFORMAÇÃO DO PACIENTE DA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓDIA DO PARÁ.....	30
4.1 Caracterização da fundação santa casa de misericórdia do Pará.....	30
4.2 Arquivo médico de gerenciamento a informação do paciente.....	31
4.3 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS	37
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

Os arquivos da área da saúde exercem papel fundamental nas tomadas de decisões administrativas em âmbito hospitalar, no subsidio assistencial dos serviços médicos prestados, no apoio ao desenvolvimento de projetos de pesquisas científicas, no processo de criação de normas e diretrizes voltadas para a efetivação de políticas de saúde e no acompanhamento do quadro clínico evolutivo dos pacientes por meio do registro em prontuários.

Nesse contexto, nos arquivos médicos o prontuário apresenta-se como ferramenta indispensável, pois, é com base nas informações registradas nesses documentos que o profissional da saúde tem acesso aos históricos dos diagnósticos clínicos e em casos de processos, servem também como instrumento de prova.

Deste modo, o prontuário médico em seu processo de criação não se configura apenas como um documento que apresente o histórico da assistência prestada a sociedade, mas, reforça a necessidade de se ter nos arquivos hospitalares uma gestão documental que tenha diretrizes voltadas para a guarda dos acervos, a sua preservação e o seu acesso, uma vez que esses documentos são fundamentais para a prestação dos serviços assistenciais.

Logo, a gestão documental, nesse sentido, dispõe de métodos e práticas que se configuram em um seguimento de etapas de acordo com os moldes arquivísticos. Nesse processo, o diagnóstico apresenta-se como etapa inicial, pois, é por meio deste que é possível proceder a uma observação direta das instituições como um todo, ou seja, um estudo de suas estruturas, atividades e funções, buscando assim esclarecer a necessidade de aplicar a Gestão Documental.

Sendo assim, de modo a auxiliar a Gestão Documental o diagnóstico é um processo de planejamento organizacional, que visa coletar e fornecer dados para a elaboração de projetos de gestão, partindo de um contexto na qual a análise inicial será voltada para a identificação dos problemas que as instituições apresentam, ocasionados, seja pela elevada produção documental, pelo seu acondicionamento ou pela forma de organização.

Assim, nesta pesquisa buscou-se discorrer sobre o Diagnóstico Arquivístico, tendo como estudo de caso o Arquivo Médico de Gerenciamento a Informação do Paciente da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, instituição pública estadual fundada em 24 de fevereiro de 1650, sendo inicialmente denominada de

“Irmandade Santa Casa de Misericórdia do Pará”, e somente em janeiro de 1990 passando a denominar-se ao regime jurídico atual¹.

Desta forma, visando compreender o processo de Gestão Documental da FSCMP, uma vez que os prontuários são de suma relevância para a efetivação da assistência prestada à sociedade paraense, a pesquisa teve como problema norteador: O porquê do excesso de produção documental e a escassez de espaço físico que reflete na organização e acesso aos documentos.

E como objetivo geral: Realizar um diagnóstico situacional no acervo médico da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Assim sendo, deriva-se do objetivo geral tais específicos, que é:

- Conhecer as atividades diárias do Arquivo Médico da FSCMP;
- Averiguar as condições de acondicionamento dos documentos;
- Identificar se existe na instituição medidas que visem amenizar o excesso de produção documental e a escassez de espaço físico.

Logo, para atingir os objetivos elegidos, utilizou-se: elementos bibliográficos visando a sua fundamentação, da análise descritiva por meio dos fatos e características estudados, e para o levantamento de dados a realização de entrevistas.

Ademais, a pesquisa justifica-se por entender que a temática escolhida, apresenta subsídios arquivísticos que garantem eficiência na gestão documental, pois, por meio do diagnóstico é possível promover o mapeamento situacional de toda a estrutura histórica administrativa das instituições, fator esse que será objetivado na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Com isto, o diagnóstico situacional será aplicado no Arquivo Médico de Gerenciamento a Informação do Paciente, especialmente no prontuário do paciente com objetivo de demonstrar que os acervos médicos são documentos de suma relevância para a assistência prestada, para a pesquisa, e possibilitar a integridade destes documentos reflete de forma significativa para as instituições detentoras e para a sociedade de forma geral.

Posto isto, cabe ressaltar que a pesquisa foi estruturada em cinco capítulos conforme esquematizados:

¹ PARÁ (Estado). **Apresentação da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará**. Disponível em: <<http://www.santacasa.pa.gov.br/sobre/p.php?id=1>>. Acesso em: 30 out. 2019.

- A introdução contendo informações gerais sobre o assunto pesquisado, a delimitação do problema, os objetivos da pesquisa, a justificativa e a metodologia utilizada para a sua construção.
- O capítulo 2 que ressaltará sobre a Gestão Documental e seus conceitos no âmbito brasileiro, sobre o diagnóstico na perspectiva arquivística e suas características.
- O capítulo 3 que busca discorrer sobre arquivo médico e seus aspectos históricos.
- O capítulo 4 que abordará sobre o diagnóstico situacional no Arquivo Médico de Gerenciamento a Informação do Paciente, da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.
- O capítulo 5 que ressaltará sobre as considerações acerca da pesquisa apresentada.

2 GESTÃO DOCUMENTAL E SEUS CONCEITOS: NO ÂMBITO BRASILEIRO

As noções que se tem hoje sobre o conceito de Gestão Documental advêm de um contexto de produção documental em grande escala desde o período Pós-Guerra, marco da história que foi o precursor para que houvesse nos arquivos públicos um grande acúmulo de documentos sem tratamento adequado (INDOLFO, 2012).

No entanto, as primeiras discussões em torno da importância da manutenção e guarda dos documentos já eram pautas nas abordagens políticas da França. Segundo Santos (2010, p. 67), “a Revolução Francesa foi o marco de conceituação, organização, tratamento e uso dos arquivos”.

Nesse mesmo seguimento, o autor ainda destaca que “a característica central do Século das Luzes foi à valorização dos acervos documentais como instrumento de poder, repositórios jurídicos, fiscais e de informação postos a serviços dos Estados” (SANTOS, 2010, p. 70).

Logo, o século XVIII, constitui-se como fator para que houvesse no mundo as primeiras políticas voltadas para a guarda e acesso aos documentos, visto que estes eram utilizados como forma de poder e autoridade das esferas administrativas do Estado. Por outro lado, Indolfo (2012, p. 15) destaca que somente no:

Século XIX é que se atribuiu aos documentos um valor de testemunho para a reconstituição da história [...] Mas que no decorrer do século XX ocorreu o aumento significativo da produção documental com incremento das atividades econômicas, socioculturais, governamentais, empresariais, entre outras, além da ampliação da produção, uso e difusão das informações registradas em novos suportes, como os magnéticos, os eletrônicos ou digitais (INDOLFO, 2012, p. 15).

Nesse contexto já era perceptível à necessidade de se elaborar novos métodos voltados para a gestão efetiva dos documentos visando não só a sua racionalização nos arquivos públicos, já que além dos documentos em suporte papel outros suportes começavam a surgir.

Nos Estados Unidos, de acordo com Santos (2010, p. 70) embora o “interesse pelos arquivos só tenha se manifestado em meados do XIX com a criação da *American Historical Association*”, o país é considerado o:

Pioneiro, desde os anos 1940, na elaboração do conceito de gestão de documentos (*records management*) cuja visão, inicialmente, era nitidamente mais administrativa e econômica do que arquivística, uma vez que se tratava, essencialmente, de otimizar o funcionamento da

administração, limitando a quantidade de documentos produzidos e o prazo de guarda (INDOLFO, 2012, p. 15).

Nessa perspectiva a gestão documental, surge então para amenizar a explosão de documentos advindos do Pós-Guerra fazendo com que os arquivos deixassem de ser apenas um depósito. Com isto, novas perspectivas de organização começaram a constituir-se tendo como base o processo de criação até a fase de eliminação ou recolhimento dos documentos, fator este, que mais tarde levou a concepção da teoria das três idades por “Philip Books na década de 1940, sendo então difundida nas décadas de 1950 e 1960 por Ernest Posner e Theodore Schellenberg” (INDOLFO, 2012, p. 16).

Está teoria de acordo com Belloto (2006, p. 23-24) “compreende três idades: a primária (arquivos correntes), a segunda (arquivos intermediários), e a terceira (arquivos permanentes)”. Por meio destas é possível acompanhar o ciclo dos documentos bem como as etapas da gestão na concepção da arquivística integrada de Rousseau e Couture (1998, *apud* Molina, 2010, p. 72), que consiste nas seguintes funções: “criação, avaliação, aquisição/[fase documental, corrente, intermediária e permanente], classificação, conservação, descrição e difusão”. Essas por sua vez, visam subsidiar os estágios do ciclo de vida dos documentos tendo por objetivo a compreensão de todo o processo de gestão.

Logo, a “criação ou produção refere-se à geração de documentos. Na produção de documentos, a constituição de um arquivo dá-se como consequência natural do exercício da atividade própria da instituição a que ele pertence” (SANTOS; INNARELLI; SOUSA, 2007, *apud* MOLINA, 2010, p. 72).

A avaliação, por sua vez “é feita levando em conta o valor dos documentos, que apresenta duas facetas bem distintas: valor primário/administrativo e o valor secundário/histórico” (BELLOTO, 2006, p. 117).

Já, a aquisição, “contempla a entrada de documentos nos arquivos [...]; refere-se ao arquivamento corrente e aos procedimentos de transferência e recolhimento do acervo” (SANTOS; INNARELLI; SOUSA, 2007, *apud* MOLINA 2010, p. 72). A Classificação “visa refletir a organização dos documentos para uma destinação adequada” (SCHELLENBERG, 2006, p.83).

Desta forma, a conservação “consiste em um conjunto de ações estabilizadoras que visam desacelerar o processo de degradação de documentos ou objetos, por

meio de controle ambiental e de tratamentos específicos (higienização, reparos e acondicionamento)” (CASSARES, 2002, p. 12).

A descrição “é o ato de descrever e representar informações contidas em documentos e/ou fundos de arquivo, gerando instrumentos de pesquisa (inventários, guias, catálogos etc.)” (CARBONE, 1993, apud DE MOURA, 2006, p. 41).

A difusão, conforme ressalta Rockembach (2015, p. 08) foca no “usuário da informação, no conteúdo a ser difundido e no uso de tecnologias de informação e comunicação”.

Assim, em meio aos desdobramentos da arquivística como campo científico e a gestão documental se configurando por meio da criação de arquivos, muitos países passaram a implantar seus programas de gestão seguindo as especificidades de suas instituições, levando principalmente em consideração aspectos administrativos e históricos.

No Brasil, por exemplo, a preocupação com a guarda dos documentos em um primeiro momento, segundo Costa (2000, p. 219) aconteceu com a criação do “Arquivo Público do Império em 1838”, atual Arquivo Nacional cujo objetivo principal era de:

Recolher não só a documentação produzida pela administração pública, mas também a documentação referente ao passado colonial que se encontravam disperso nas províncias e deveriam subsidiar a escrita da história da nação brasileira, a exemplo dos arquivos europeus (COSTA, 2000, p. 219).

Logo, subentende-se que além da necessidade do governo do império em almejar escrever a identidade da nação havia também interesses políticos fator esse que se aproxima ao processo de formação dos acervos europeus, visto que o Arquivo Público do Império é instituído no contexto em que o documento assume papel significativo quanto ao valor de prova envolvendo posse de terra, e para a monarquia era relevante manter o controle da dimensão territorial do país.

Contudo, as primeiras políticas públicas para a gestão dos acervos documentais das instituições brasileiras só foram oficializadas mais tarde, a partir da Constituição Federal de 1988, especificamente, no inciso §2º do Art. 216, e por meio da lei 8.159 de 8 de janeiro 1991, Lei de Arquivos. Está lei, que aborda as Políticas de Arquivos Públicos e Privados ressalta sobre a obrigação das esferas máximas em

âmbito federal, estadual e municipal promover políticas públicas que garantem gestão e acesso aos documentos.

Ainda no âmbito da lei 8.159 de 8 de janeiro 1991, em seu Art. 1º é destacado que, “É dever do Poder Público a gestão documental e a proteção especial a documentos de arquivos, como instrumento de apoio à administração, à cultura, ao desenvolvimento científico e como elementos de prova e informação”. Já em seu Art. 3º define gestão documental como, “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” (BRASIL, 1991).

Assim, com a oficialização das políticas voltadas para a gestão documental a partir da lei de arquivos, criaram-se também órgãos que visam subsidiar a aplicação da gestão nas instituições como o Conselho Nacional de Arquivos – CONARQ, que “tem por finalidade definir a política nacional de arquivos públicos e privados, bem como exercer orientação normativa visando à gestão documental e à proteção especial aos documentos de arquivo” (CONARQ, 2002).

Desenvolve-se também instrumentos para auxiliar a gestão como o plano de classificação que consiste na elaboração de códigos numéricos, divididos em grupos, subgrupos, classes e subclasses obedecendo à estrutura funcional da instituição (CONARQ, 2001). A tabela de temporalidade que respaldará a análise dos documentos a serem eliminados ou guardados a partir da delimitação dos prazos de guarda tendo como base as legislações e as especificidades relacionadas aos documentos para com o seu órgão produtor.

E o Modelo de Requisitos para Sistemas Informatizados de Gestão Arquivística de Documentos - (E-ARQ BRASIL), que por sua vez “estabelece requisitos mínimos para um Sistema Informatizado de Gestão Arquivística de Documentos (SIGAD), independentemente da plataforma tecnológica em que for desenvolvido e/ou implantado” (CONARQ, 2011, p. 9), o qual apresenta normas que subsidiam a gestão eletrônica de documentos.

Logo, de acordo com o e-Arq Brasil o SIGAD é:

Um conjunto de procedimentos e operações técnicas que visam o controle do ciclo de vida dos documentos, desde a produção até a destinação final, seguindo os princípios da gestão arquivística de documentos e apoiado em um sistema informatizado (CONARQ, 2011, p. 11).

Desta forma, para a efetivação da gestão por meio do SIGAD as instituições precisam também realizar a gestão arquivística em seus acervos convencionais, criando normas que visem eficácia no processo visando assim resultados satisfatórios no que se refere à implantação de um SIGAD. Neste sentido, cabe ressaltar que:

O SIGAD deve ser capaz de gerenciar, simultaneamente, os documentos digitais e os convencionais. No caso dos documentos convencionais, o sistema registra apenas as referências sobre os documentos e, para os documentos digitais, a captura, o armazenamento e o acesso são feitos por meio do SIGAD (CONARQ, 2011, p. 10).

Observa-se deste modo que além do Modelo de Requisitos, estabelecer as diretrizes voltadas para a gestão documental em formatos digitais que este também apresenta diretrizes voltadas para os documentos convencionais, principalmente, no que se refere ao processo de controle do fluxo documental por meio de sistemas.

Ainda no contexto do e-Arq Brasil os requisitos arquivísticos que pode caracterizar um SIGAD, são:

- Captura, armazenamento, indexação e recuperação de todos os tipos de documentos arquivísticos;
- Captura, armazenamento, indexação e recuperação de todos os componentes digitais do documento arquivístico como uma unidade complexa;
- Gestão dos documentos a partir do plano de classificação para manter a relação orgânica entre os documentos;
- Implementação de metadados associados aos documentos para descrever os contextos desses mesmos documentos (jurídico- administrativo, de proveniência, de procedimentos, documental e tecnológico);
- Integração entre documentos digitais e convencionais;
- Foco na manutenção da autenticidade dos documentos;
- Avaliação e seleção dos documentos para recolhimento e preservação daqueles considerados de valor permanente;
- Aplicação de tabela de temporalidade e destinação de documentos;
- Transferência e recolhimento dos documentos por meio de uma função de exportação;

- Gestão de preservação dos documentos (CONARQ, 2011, p. 11-12).

Assim, estes requisitos compõem toda a base para a implantação de um SIGAD, apresentando todas as especificações que a arquivística propõe para a gestão de documentos nas instituições sejam elas públicas ou privadas visando assim eficiência nos serviços prestados.

Deste modo, entende-se que ao longo dos anos foi perceptível no Brasil o interesse com os programas de gestão documental e que a criação destes muito contribuiu para o crescimento e a evolução da arquivística no país, embora muito ainda precise ser feito para que as instituições se adéquem às normas estabelecidas pelas esferas arquivísticas.

Em suma, para o âmbito hospitalar em que os documentos exercem função probatória a aplicação de um diagnóstico arquivístico tendo como requisito a demonstração da importância da gestão documental proporcionará para a instituição mais controle, acesso, preservação e organização adequada de seu acervo.

2.1 Diagnóstico na perspectiva arquivística e suas características

O ato de diagnosticar pode ser aplicado em diversas áreas do conhecimento como as “ciências humanas, exatas, naturais, ciências da saúde” Da Silva (2014). E conforme ressalta a autora este também se aplica nas “áreas das ciências sociais aplicadas como a administração, ciências contábeis, atuariais, economia associado ainda as ciências documentais como arquivologia, biblioteconomia e museologia” (DA SILVA, 2014, p. 5).

Na arquivologia, por exemplo, dentre todas as funções para a aplicação da gestão documental o diagnóstico foi consagrado por último, embora, este seja a etapa inicial do processo. Neste sentido, no campo de aplicabilidade da gestão documental o diagnóstico arquivístico parte de um pressuposto que consiste no mapeamento preliminar de informações e funciona como processo indispensável para a coleta e busca de dados.

Para Lopes, (1997 apud Cornelsen, 2006, p. 75) o diagnóstico é:

Um método de intervenção aos problemas gerados pelas informações de caráter orgânico, produzidas por uma instituição e deve partir de uma visão minimalista, priorizando os estudos de problemas específicos, de casos particulares, para se chegar às questões mais gerais (CORNELSEN, 2006, p. 75).

Nesta perspectiva a análise situacional deve partir do contexto de produção, do estado em que o documento se encontra, dos meios de preservação, visando assim estabelecer critérios para o processo de planejamento estratégico que se deseja implementar.

Logo, a aplicação do diagnóstico ou pré – diagnóstico mencionado por Calderon (2004, p. 101), “são pontos de partida na organização de documentos de arquivo, subsidiando a proposta de modelos de classificação, avaliação e descrição apropriadas, visando a um destino final eficiente e eficaz”. A autora ainda destaca a relevância do diagnóstico quando afirma que:

O tratamento da informação, com a finalidade da recuperação e uso, supõe conhecimento e aplicação conjunta de teoria, metodologia e prática. E que é necessária à atenção especial no diagnóstico, na constituição, na manutenção, ou seja, na gestão de arquivos. (CALDERON, 2004, p. 101).

Deste modo, o autor discorre que os desenvolvimentos de metodologias para aplicação de diagnóstico devem ser associados com o conhecimento teórico-prático o que de certa forma proporcionará embasamento e segurança para a construção e efetivação dos métodos e práticas arquivística aplicados por meio da gestão documental. No Quadro 01 apresentam-se algumas propostas de métodos de diagnósticos consagrados por alguns autores.

Quadros 1 - Aspectos conceituais de diagnóstico em arquivos

Autores	Fases do Diagnóstico
EVANS e KETELAAR (1983)	1. Apresentação Geral, 2. Legislação e Normas, 3. Recursos Humanos, 4. Recursos Financeiros, 5. Edifício e Mobiliário, 6. Fundos, 7. Métodos e Processos de Trabalho, 8. Serviços oferecidos, 9. Centros de documentação.
CAMPOS et al (1986)	1. Pesquisa na Legislação, 2. Identificação do órgão, 3. Atividades de protocolo e arquivo corrente, 4. Organização do acervo, 5. Instrumentos de pesquisa disponíveis, 6. Transferência e eliminação, 7. Automação, 8. Documentos escritos, 9. Documentos especiais, 10. Material e mobiliário, 11. Recursos humanos.
MONEDA CORROCHANO (1995)	1. Pré-diagnóstico, 2. Análise dos fundos, 3. Análise dos instrumentos de trabalho existentes, 4. Análise dos recursos de infra-estrutura, recursos humanos e financeiros disponíveis, 5. Fluxo das informações 6. Posição hierárquica do Arquivo.

LOPES (1997)	1. Identificação da instituição, 2. Estudo das estruturas, funções e atividades, 3. Relação das atividades x fluxos de informações, 4. Análise da situação dos acervos existentes.
ROUSSEAU e COUTURE (1998)	1. Criação, difusão e acesso, 2. Classificação e recuperação da informação, 3. Proteção de conservação.
CORNELSEN e NELLI (2006)	1. Estrutura, 2. Funções e Atividades, 3. Fluxo de informações, 4. Organização, 5. Identificação do momento em que o documento é produzido, como é utilizado, por quais setores tramita e qual sua real necessidade.

Fonte: Adaptado pela autora com base no texto de Cornelsen (2006).

Categoricamente, com base nos dados observa-se que as propostas de diagnóstico não diferem de forma geral uma da outra, mas que em um contexto de aplicabilidade se complementam, uma vez que não existe uma forma generalizada de se fazer diagnóstico, mas formas distintas aplicáveis conforme a necessidade e especificidade de cada instituição.

Neste contexto, Lopes (2009, p. 167) ressalta que “a caracterização dos sujeitos da arquivística é fundamental para o avanço deste saber, sem ela ter-se-ão sujeitos perdidos em indefinições, incapazes de diagnosticar e intervir em objetos”. O autor ainda discorre que é necessário para a arquivística a existência de metodologias capazes de:

- Dar conta da investigação acurada dos problemas gerados pela presença das informações registradas de natureza arquivística atribuída e eleita como objeto de pesquisa e de tratamentos;
- Delimitar questões referentes aos sujeitos, no que tange à formação teórica e profissional, ao modo de realizar pesquisas, propor as hipóteses, definir os objetivos (LOPES, 2009, p.167).

Essas metodologias conforme ressalta Lopes (2009, p. 168) deverão ser auxiliadas em conjunto com os conceitos teóricos científicos que consiste em:

- Definir problemas e objetivos, de acordo com as necessidades decorrentes da observação da realidade e os conhecimentos teóricos e práticos preexistente;
- Formular hipóteses que simulem a origem dos problemas levantados e suas possíveis soluções;

- Levantar dados, de acordo com métodos previamente delimitados, com eficácia comprovada;
- Chegar a conclusões e novas proposições, a partir do exame dos dados levantados em confronto com as hipóteses e o conhecimento já estabelecido (LOPES, 2009, p.168).

Logo, na concepção do Lopes (2009), todos os procedimentos relacionados ao processo de diagnóstico em um arquivo, compreendem ao processo de mapeamento das informações da instituição detentora dos acervos para assim haver uma avaliação minuciosa dos dados que evidenciarão de forma completa os atritos até então não identificados.

Desta forma, Lopes (2009, p. 181), define diagnóstico como a “operação de construir a imagem de uma ou mais organizações”. Nesta mesma concepção o autor discorre que o processo de aplicação do diagnóstico:

Não se trata de trabalhar como o historiador, relatando o passado com riqueza de detalhes e fidelidade às fontes. Também não se aplica integralmente a função do sociólogo, de estabelecer os conjuntos de relações mantidas entre homens em momento e espaços definidos. Destes profissionais precisa-se dos métodos e das experiências [...] O profissional da informação arquivística trabalha com fragmentos da vida social e da história (LOPES, 2009, p. 181).

Assim, na perspectiva de Lopes (2009), não se deve necessariamente fazer um estudo aprofundado do histórico das instituições, mas, levar em consideração aspectos gerais que venham atender a compreensão do contexto de produção documental, visto que “não se deve perder a noção do todo e furta-se a construir objetos que sejam imagens autênticas do que se deseja estudar” (LOPES, 2009, p. 181).

Ou seja, o objetivo não seria escrever a história da instituição, mas identificar o contexto histórico de criação do acervo e os problemas relacionados ao excesso de produção e demora nas buscas dos documentos.

Já para Pazin (2005, apud De Almeida 2018, p. 79), o diagnóstico “[...] deve ser iniciado com o levantamento de informações sobre a entidade geradora do arquivo”. A autora ainda destaca que:

Para compreender o arquivo, é necessário compreender quem o produziu. Nesse sentido, a pesquisa da história administrativa da instituição é fundamental para o entendimento de suas funções e

atividades, fornecendo o contexto da produção documental (PAZIN, 2005, apud DE ALMEIDA, 2018, p. 80).

Deste modo, a autora também defende a importância do estudo do contexto histórico institucional e da produção documental uma vez que é com base nos dados coletados por meio destes, que é possível analisar as características funcionais das instituições, no entanto, esse estudo não precisa adentrar em fatores que possam generalizar o processo de criação dos acervos bem como de suas instituições, mas configuram-se na compreensão dos dados de forma objetiva sem interferir nos elementos intrínsecos dos documentos.

Portanto, o diagnóstico apresenta-se como uma das etapas mais significativas da gestão documental, pois fornece informações concretas e estruturadas que impulsionam o gerenciamento do fluxo informacional. Assim, em um ambiente hospitalar onde a assistência médica tem como embasamento informações concretas que precisam ser tramitadas de forma contínua, é de suma relevância que os meios por onde essas informações são registradas estejam disponíveis ao acesso bem como preservadas.

3 ARQUIVO MÉDICO

Os arquivos médicos são formados por conjuntos documentais denominados prontuários, estes compreendem todos os registros clínicos da assistência prestada aos pacientes e servem como instrumento de consulta dos quadros evolutivos dos doentes tanto no que diz respeito ao acompanhamento assistencial quanto para a área de pesquisas científicas.

De acordo com Pinto (2006, p. 36), “a história dos registros de informações concernentes às pessoas doentes remonta a Idade Antiga”. Por outro lado, conforme discorre a autora:

[...] Somente com a institucionalização da medicina científica por Hipócrates de Cós, no século V a. c., é que foi mostrada a necessidade real de fazer os registros escritos sobre os pacientes a fim de refletir, de maneira exata, o curso da doença e indicar as suas possíveis causas (VAN BEMMEL; MUSEN, 1997 apud PINTO, 2006, p. 36).

Categoricamente, já era perceptível na época a necessidade de se ter um instrumento que fornecesse de forma abrangente embasamento para a atuação dos profissionais da saúde no que se refere aos trabalhos assistenciais prestados a sociedade. Contudo, em “1980 na Clínica Mayo, em *Minneosota* nos Estados Unidos, foi constatado que a maioria dos médicos mantinham os registros de informações de todos os pacientes registradas de forma cronológica, em um único documento” (COSTA, 2001 APUD TONELLO, 2013, p. 195).

Este método de registro ocasionava por sua vez dificuldades no momento das buscas por informações fator este que fez com que em “[...] 1907, a Clínica Mayo optasse por um registro individual para cada paciente e que estes passassem a ser arquivados separadamente” (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003 APUD TONELLO, 2013, p. 196). Facilitando assim as buscas por informações já que o prontuário passou a ser efetivamente direcionado ao paciente.

Já em âmbito brasileiro Carvalho, (1973 apud Dos Santos, 2011, p. 3) destaca que:

Em 1944, o uso do prontuário individual foi introduzido pela Doutora Lourdes de Freitas Carvalho, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, depois de estudos especializados nos Estados Unidos sobre sistemas de arquivo e classificação de observações médicas (DOS SANTOS, 2011, p. 3).

Logo, subentende-se que no Brasil a implantação do prontuário nos arquivos médicos não se configurou apenas na utilização de um documento que apresentasse o histórico da assistência prestada, mas, da necessidade de se ter um arquivo que tivesse diretrizes voltadas para a guarda dos acervos, a sua preservação e acesso, fator esse que fez com que a própria responsável pela criação de arquivos médicos fosse se capacitar para proporcionar um melhor desenvolvimento de seu trabalho.

Ademais, a preocupação com a guarda e acesso aos documentos hospitalares podem ser também observados em legislações e resoluções brasileiras, embora a maioria dos hospitais, principalmente os da esfera pública ainda sejam falhos em relação a esses fatores.

A resolução nº 1821 de 2007 do Conselho Federal de Medicina aponta que:

O prontuário do paciente, em qualquer meio de armazenamento, é propriedade física da instituição onde o mesmo é assistido, quer seja uma unidade de saúde quer seja um consultório, a quem cabe o dever da guarda do documento. E que estes devem estar permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitados por ele ou seu representante legal, permitam o fornecimento de cópias autênticas das informações a ele pertinentes (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007).

A resolução em si ressalta a responsabilidade que as instituições detentoras desses acervos têm sob a guarda dos documentos bem como o acesso quando for necessário, levando em consideração principalmente a questão do sigilo.

Tais fatores também são assegurados pela Lei 12.527, de 18 novembro de 2011, lei de acesso à informação em seu Art. 5º onde é ressaltado que “É dever do estado garantir o direito de acesso à informação, que será franqueada, mediante procedimentos objetivos e ágeis, de forma transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão”.

E em seu Art. 6º, que “Cabe aos órgãos e entidades do poder público, observadas as normas e procedimentos específicos aplicáveis”. Assegurar a:

- I. Gestão transparente da informação, propiciando amplo acesso a ela e sua divulgação;
- II. Proteção da informação, garantindo-se sua disponibilidade, autenticidade e integridade;
- III. Proteção da informação sigilosa e da informação pessoal, observada a sua disponibilidade, autenticidade, integridade e eventual restrição de acesso (LEI DE ACESSO A INFORMAÇÃO, 2011).

Neste sentido, é observado em ambos os artigos da LAI que tanto as esferas públicas bem como as privadas são responsáveis por manter a integridade dos documentos que produzem, além de disponibilizar estes quando solicitados restringindo assim as informações caracterizadas como sigilosas.

O prontuário médico nesse sentido será sempre considerado um documento sigiloso, porém quando solicitado principalmente pelo paciente é dever da instituição que o assiste fornecer cópias autênticas ou informações de seu interesse ou de seu representante legal.

A resolução nº 1631 de 2002, do Conselho Federal de Medicina define em seu art. 1º prontuário médico como:

Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a comunidade da assistência prestada (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

Tal definição reforça em caráter efetivo que a guarda de tais documentos são primordiais tanto para o desenvolvimento de atividades e assistências prestadas aos pacientes quanto em casos de solicitações pelos departamentos ambulatoriais, pacientes ou pela comunidade científica.

Desta forma, conforme ressalta Tonello (2013, p. 198) “o prontuário do paciente pode ser considerado um fator de comunicação e integração entre a equipe de saúde e o médico, o que resulta na qualidade do atendimento prestado”. Nesse contexto, considera-se de interesse de todo o quadro de equipe assistencial e administrativa hospitalar manter não só a integridade das informações com também do documento em si.

Logo, além da guarda em suporte papel as legislações em âmbito brasileiro também reforçam que a preservação desses documentos pode ocorrer em mídias digitais, conforme pode ser observado no Art. 3º da resolução Nº 1821/2007, em que o CFM:

Autoriza 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 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007).

Ainda no contexto da resolução em seu Art. 6º é destacado que “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”. Logo, é de suma importância a atuação da Comissão de Revisão no que se refere à avaliação desses documentos.

Cabe ressaltar que até a aprovação da lei Nº 12.682, de 06 de julho de 2012, que dispõe sobre a elaboração e o arquivamento de documentos em meios eletromagnéticos e da lei nº 13.874, de 20 de setembro de 2019 que altera a lei nº 12.682/2012, onde está disposto que:

§ 2º O documento digital e a sua reprodução, em qualquer meio, realizada de acordo com o disposto nesta Lei e na legislação específica, terão o mesmo valor probatório do documento original, para todos os fins de direito, inclusive para atender ao poder fiscalizatório do Estado;

§ 3º Decorridos os respectivos prazos de decadência ou de prescrição, os documentos armazenados em meio eletrônico, óptico ou equivalente poderão ser eliminados;

§ 4º Os documentos digitalizados conforme o disposto neste artigo terão o mesmo efeito jurídico conferido aos documentos microfilmados, nos termos da Lei nº 5.433, de 8 de maio de 1968, e de regulamentação posterior (BRASIL, 2019).

O único suporte até a aprovação de ambas as leis considerado autêntico para o armazenamento de documentos podendo assim eliminar os originais era o microfilme, conforme é ressaltado na lei 5.433 de 08 de maio de 1968 e pelo decreto 1799 de 30 de janeiro de 1996, atestando o mesmo valor a este, do documento original como pode ser observado em seu:

§ 1º Os microfilmes de que trata esta Lei, assim como as certidões, os traslados e as cópias fotográficas obtidas diretamente dos filmes produzirão os mesmos efeitos legais dos documentos originais em juízo ou fora dele;

§ 2º Os documentos microfilmados poderão, a critério da autoridade competente, ser eliminados por incineração, destruição mecânica ou por outro processo adequado que assegure a sua desintegração (BRASIL, 1968).

No caso dos prontuários médicos de acordo com o Artº 8 da resolução nº 1821 de 2007 do CFM, além destes documentos obedecer “o prazo mínimo de 20 (vinte) anos a partir do último registro para a preservação dos prontuários em suporte de papel

que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado”, quando se trata da digitalização é necessário também seguir as recomendações do “Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde”, conforme é observado também na resolução nº 1821/2007.

Art. 3º Autoriza 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 autoriza 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 arts. 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 (BRASIL, 2007).

Neste sentido, mesmo com a aprovação das leis anteriormente citadas o CFM, recomenda diretrizes para as instituições que optem somente pela digitalização dos seus acervos uma vez que a microfilmagem é um investimento de alto custo e a maioria dos hospitais não possuem estruturas para manter a guarda desse suporte.

No entanto, para aqueles que preferem apenas a microfilmagem ou ambos os processos (digitalização e microfilmagem) em caso de eliminação a lei de microfilmagem em si, assegura o procedimento independente das recomendações do Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde.

Portanto, nos grandes hospitais principalmente públicos onde há uma produção grandiosa de documentos ocasionando acúmulo e a sua guarda com pouca ênfase no que se refere ao seu tratamento, dificultando assim o acesso, entende-se que por meio do diagnóstico arquivístico onde se busca demonstrar a importância da gestão nesses acervos tendo como base legislações tanto das esferas máximas que regem a criação desses documentos quanto das práticas arquivísticas haverá mais qualidade na prestação de serviços dessas instituições.

4 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL NO ARQUIVO MÉDICO DE GERENCIAMENTO A INFORMAÇÃO DO PACIENTE DA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓDIA DO PARÁ

Neste capítulo será ressaltado sobre a caracterização da FSCMP, sobre o diagnóstico situacional realizado no arquivo médico de Gerenciamento a Informação do Paciente (GIPE), e a sua competência para com a assistência informacional.

Por conseguinte, busca-se apresentar a análise dos dados coletados por meio de entrevistas realizadas com o gerente e servidores do arquivo, visando assim demonstrar o propósito de se realizar um diagnóstico arquivístico que tenha como diretrizes resultados satisfatórios para o processo de aplicabilidade da gestão documental especificamente em prontuários médicos.

4.1 Caracterização da fundação santa casa de misericórdia do Pará

A FSCMP está localizada na rua Bernal do Couto entre a Travessa Quatorze de Março e a avenida Generalíssimo Deodoro, bairro Umarizal, nº 1040, Belém-Pará. É um órgão da administração indireta vinculada à Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará².

Foi certificada como um hospital de ensino por meio da portaria interministerial MS/MEC nº 2378 de 26 de outubro de 2004, e efetivado o seu processo de contratualização junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), pela portaria 2.859/MS, de 10 de novembro de 2006.

É um hospital que atende cem por cento SUS e tem como competência a assistência, o ensino e pesquisa em consonância com o perfil assistencial na atenção à saúde da criança, da mulher, do adulto, prestando serviços ambulatoriais e de internação além de ser referência na atenção à gestante de alto risco e ao recém-nascido.

Na área do Ensino e Pesquisa desenvolve os programas de Residência Médica em Pediatria, Neonatologia, Nefrologia Pediátrica, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Dermatologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica e Radiologia.

Tem como Visão “Cuidar da saúde das pessoas gerando conhecimento”, e como Missão “Ser um hospital público de excelência, com reconhecimento nacional

² PARÁ (Estado). **Apresentação da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará**. Disponível em: <<http://www.santacasa.pa.gov.br/sobre/p.php?id=1>>. Acesso em: 30 out. 2019.

em gestão, assistência, ensino e pesquisa de forma segura, humanizada e sustentável”.

A FSCMP é um hospital que atua há mais de trezentos anos na assistência à saúde da população paraense, principalmente, aqueles que residem em cidades do interior do estado do Pará fator este que faz da instituição a principal referência na prestação de serviços hospitalares.

4.2 Arquivo médico de gerenciamento a informação do paciente

O arquivo Médico de Gerenciamento a Informação do Paciente (GIPE), tem sob sua custódia um acervo documental com mais de oitenta mil prontuários caracterizados como corrente e permanente. Este tem como competência guardar, organizar, conservar e garantir o sigilo das informações contidas nos prontuários dos pacientes internados ou em assistência ambulatorial, buscando assim a disponibilização de informações, preservando a privacidade do paciente.

A GIPE é um departamento que dentro da estrutura administrativa da FSCMP está subordinada a Diretoria de Apoio Técnico e Operacional (DATO), que é a responsável pela melhoria e qualidade do funcionamento de cada gerência a ela subordinada.

A GIPE atualmente conta com 18 servidores efetivos, sendo 4 assistentes administrativos, 8 agentes de artes práticas, 1 técnico em enfermagem e 3 temporários, não há arquivista e nem técnicos em arquivo. Dispõe de saída de emergência, extintores de combates à sinistros, refrigeração e iluminação, limpeza diária e controle à agentes biológicos.

Para o auxílio das atividades desempenhadas conta com 10 computadores, sendo que 4 atendem às demandas da gerência e 6 são utilizados pelos demais servidores em suas atividades além de 2 impressoras.

Quanto às atividades desenvolvidas diariamente pelo arquivo que resulta na movimentação e guarda dos prontuários, conforme foi esclarecido pelo gerente do arquivo e sua secretária durante a entrevista realizada no dia 11/11/2019 às 9 horas da manhã, tem-se:

- Organização, preservação, higienização e guarda dos prontuários;
- Arquivamento e desarquivamento de prontuários;

- Fornecer prontuários visando atender as solicitações de consultas, internações, projetos de pesquisas em nível de graduação e pós-graduação (Especialização, Mestrado e Doutorado).
- Fornecer informações e documentos às diretorias, assessorias e gerências do hospital, assim como para instituições públicas externas.
- Prestar informações e fornecer documentos ao paciente ou seu representante legal.
- Emissão de declaração de nascido vivo (D. N. V) – 2º via e de cópias de prontuários, exames de diagnósticos e laudos médicos.
- Organização de prontuários para microfilmagem e digitalização.

Estas atividades atestam os serviços prestados pelo arquivo em decorrência das solicitações diárias de prontuários, ocasionando assim um grande fluxo desses documentos cujo objetivo principal é fornecer informações e assegurar a assistência principalmente dos pacientes assistidos pela FSCMP.

No quadro 02 é possível observar o quantitativo de prontuários tramitados pela instituição em decorrência das principais atividades desempenhadas mensalmente pelo arquivo dentre os anos de 2016 a 2018.

Quadros 2 - Demonstrativo da movimentação de prontuário na atividade diária do Arquivo Médico da FSCMP de 2016 a 2018

Indicadores	Média Mensal		
	2016	2017	2018
Prontuários Solicitados pelos ambulatórios.	9.773	9.959	10.117
Prontuários atendidos aos ambulatórios.	6831	6687	7028
Percentual de prontuários não atendidos ao ambulatório por não localização no Arquivo.	0.93%	0,5%	0.64%
Prontuários solicitados para atendimentos diversos.	688	737	421
Desarquivamento de prontuários.	6.984	7.385	7.770
Arquivamento de prontuários.	8.983	9.955	10.408
Prontuários Movimentados.	15.967	17.340	18.170

Fonte: Arquivo médico da FSCMP.

Os prontuários solicitados pelos ambulatórios inclui o quantitativo de prontuários que o arquivo precisa despachar em decorrência das consultas marcadas, ou seja, por exemplo, se houve a marcação de vinte consultas então o arquivo precisa localizar e encaminhar para o ambulatório os vinte prontuários dos determinados

pacientes que tiveram consulta marcada. Enquanto que os prontuários atendidos ao ambulatório se referem aos prontuários que foram despachados pelo arquivo para os ambulatórios, ou seja, os que foram localizados no arquivo.

Ressalta-se ainda que os prontuários atendidos aos ambulatórios por meio da listagem de aprazamento de consultas, ou seja, a listagem com a relação dos prontuários solicitados pelos ambulatórios com antecedência de setenta e duas horas, que estes devem ser entregues no dia anterior a consulta e deverão ser devolvidos para o arquivo em até vinte e quatro horas após a consulta.

Com relação aos prontuários não atendidos no ambulatório estão incluídos os pacientes que tem registro, mas não possui o prontuário físico. Nessa especificidade inclui também os prontuários atendidos pelo faturamento, auditoria, diretorias ou em outras gerências além dos não localizados no arquivo por arquivamento incorreto ou falta de atualização da localização nos sistemas *HOSPUB* e *SOUL MV*.

Cabe ressaltar que o Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar (*HOSPUB*³), é um sistema gratuito desenvolvido pelo Ministério da Saúde em parceria com o Departamento de Informática do Sistema Único de SAÚDE (DATASUS). O sistema *SOUL MV*⁴, desenvolvido pela empresa de iniciativa privada *MV* (Magnus Vargas), foi implantado no hospital em meados de junho de 2014 visando melhoras nos serviços prestados.

Quanto aos prontuários solicitados para atendimento diversos, (não ambulatoriais), relacionam-se as Comissões Hospitalares, Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA), Secretaria Municipal de Saúde do Pará (SESMA), Ministério Público, Procuradoria Estadual, Defensoria Pública, Conselho Tutelar, Polícia Civil, Projetos de Ensino e Pesquisa, Reinternações, Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará (CRM-PA), e usuários por meio de solicitações de cópias de prontuários e exames de diagnósticos, Declarações de Nascido Vivo (2º via) e Laudos Médicos.

No que diz respeito ao desarquivamento e arquivamento de prontuários estes ocorrem visando principalmente atender as solicitações tanto dos ambulatórios, internações, pesquisas, gerências quanto de instituições públicas externas e visando manter a organização e guarda dos documentos para que haja o controle dos

³ Disponível em: <<http://www.ipsaude.com.br/Products/Hospub/>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

⁴ Disponível em: <<http://www.mv.com.br/pt/sobre-a-mv/quem-somos>>. Acesso em: 10 out. 2019.

prontuários que dão entrada ao arquivo ou que são despachados por meio de tais solicitações. Já a higienização está ocorrendo sempre no momento em que o documento retorna para o arquivo.

Cabe ressaltar que estes são processos intensos e diários e devem ser feitos com muita responsabilidade e atenção, pois uma vez um prontuário arquivado errado este será de difícil localização.

Ademais, pelos dados apresentados é possível observar um fluxo intenso de prontuários o que direta ou indiretamente pode ocasionar certos impactos na integridade destes documentos o que leva a observar em que situação se encontra e como estes estão acondicionados.

Neste sentido, no que se refere ao condicionamento dos prontuários foi observado durante a visita ao arquivo que estes são acondicionados em pastas de papel e armazenados em estantes de aço ou caixas boxes de papelão no chão e/ou em cima das estantes no salão e pelo corredor do arquivo principal e nas salas da antiga enfermaria Maria Goreth e do antigo Banco de Leite.

Na Figura 1 abaixo pode ser observado como estes documentos encontram-se acondicionados:

Figura 1 - Salão do arquivo



Fonte: Autora.

Abaixo é possível visualizar o corredor onde os arquivos estão armazenados (Figura 2):

Figura 2 - Corredor do arquivo



Fonte: Autora.

Convém salientar que o arquivo principal está localizado no térreo do hospital e pelo fato de o mesmo não ter mais espaço para suportar a demanda de produção documental foi adquirido mais dois espaços, como já mencionado, o espaço em que funcionava o antigo Banco de Leite que também está localizado no térreo do hospital e a antiga enfermaria Maria Goreth localizada no primeiro andar do hospital.

Os prontuários estão acondicionados e armazenados nesses espaços e estes estão classificados pelo número do registro que cada paciente possui no ato da abertura do seu prontuário no sistema.

Logo, os prontuários classificados por dígitos terminais (dos 100.000 aos 556.000), possuem registro apenas no antigo sistema do hospital, o sistema *HOSPUB*. Já os prontuários classificados por ordem crescente (a partir dos 600.000), possuem registro no novo sistema, o sistema *SOUL MV*, ressalta-se ainda que este último método de classificação foi introduzido para que os servidores pudessem acompanhar em que proporção o acervo iria crescer.

Tais apontamentos foram esclarecidos em entrevista o gerente e uma servidora do arquivo que desenvolve atividades de arquivamento, desarquivamento e organização dos prontuários quando foi perguntado sobre a forma de classificação utilizada pelo hospital.

Com relação às ferramentas de buscas utilizadas para atender as demandas diárias estas ocorrem por meio dos sistemas *HOSPUB*, *SOUL MV* e pelo protocolo, pois no momento em que os prontuários são despachados ou retornam para o arquivo é feito o registro da sua localização, tipo de atendimento (ambulatório, pesquisa, internações, instituições públicas externas, gerencias, dentre outras), data de saída e o retorno para o arquivo para que assim haja um melhor controle do fluxo de documentos.

O protocolo é mais utilizado em caso de marcação de consultas extras. O principal ponto de acesso, ou seja, os metadados utilizados para as buscas nesses instrumentos são: número do registro, ou seja, número do prontuário, data de nascimento ou nome da mãe. Foi esclarecido também que o número do SUS já está sendo utilizado como ponto de acesso, mas ainda está em fase de implantação no hospital.

Além destes documentos o arquivo dispõe também dos prontuários que foram microfilmados e digitalizados para melhor garantir a preservação do acervo e amenizar a falta de espaço físico até então existente na instituição.

Assim, no caso dos prontuários microfilmados e digitalizados estes passam primeiramente pelo processo de avaliação por meio da Comissão de Revisão de Prontuários do hospital e seguem o que está disposto no Artº 8 da resolução nº 1821/2007 do CFM conforme já mencionado nesta pesquisa.

No Quadro 3 pode ser observado o quantitativo de prontuários microfilmados e digitalizados de 2016 a 2018.

Quadros 3 - Demonstrativo dos prontuários microfilmados e digitalizados

Ano	Quantitativo
2016	338326 documentos para 7555 prontuários.
2017	939392 documentos para 20378 prontuários.
2018	672819 documentos para 27589 prontuários.
Total	1.950,537 documentos para 55522 prontuários.

Fonte: Arquivo médico da FSCMP.

Conforme pode ser observado por meio dos dados coletados no arquivo, em 2016 quando se iniciou o processo de microfilmagem e digitalização o serviço foi realizado de agosto a dezembro, já nos anos consecutivos 2017 e 2018 o processo ocorreu durante todo o período. Cabe salientar que os dados demonstram em que proporção o processo de microfilmagem está acontecendo e se está ocorrendo de forma progressiva ou regressiva, o que será analisado de forma mais detalhada no decorrer deste trabalho.

No que se refere ao acesso a estes documentos, este ocorre pelo sistema *INDEXA*, que foi desenvolvido pela empresa de Tecnologia da Informação e Comunicação do Pará (PRODEPA⁵) para que os servidores do hospital possam ter acesso aos documentos online.

Está por sua vez é responsável pela microfilmagem, digitalização e guarda do acervo de microfilmado, uma vez que, o arquivo médico da FSCMP não possui estruturas para manter a guarda de tais documentos. Os pontos de acesso no momento das buscas são: número do registro, número do filme, data de nascimento ou nome da mãe.

⁵ Disponível em: <<http://www.prodepa.pa.gov.br/quem-somos>>. Acesso em: 20 nov. 2019

De acordo com os dados coletados durante a entrevista, segundo o gerente a partir do momento que os prontuários eram microfilmados estes retornavam para o arquivo para que fossem descartados, no entanto, esse processo já ocorre também nas dependências da PRODEPA, já que conforme foi esclarecido não tinha condições do acervo retornar para o arquivo, pois não havia servidores para realizar a eliminação e ocupariam ainda mais espaço.

Ainda de acordo com o gerente para o processo de descarte o arquivo segue o que está disposto na resolução Nº 1821/2007, do Conselho Federal de Medicina sobre a edição dos níveis de descartes conforme já foi discorrido na pesquisa já que para a aprovação do desenvolvimento do projeto de microfilmagem e digitalização no hospital foi realizado um estudo em legislações e resoluções do CFM por meio das esferas jurídicas do hospital.

Logo, por meio do diagnóstico situacional observa-se que os resultados alcançados evidenciam a existência de organização no acervo e que, apesar, da movimentação constante dos prontuários existe acesso a informação e uma gestão documental embasada principalmente nas legalidades do CFM visto que este é o órgão principal que cria leis, normas e resoluções voltadas para a produção dos documentos médicos, embora não seja em torno das legalidades arquivísticas.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Durante a entrevista em diálogo aberto buscou-se principalmente discorrer sobre a problemática da pesquisa envolvendo o excesso de produção documental e a escassez de espaço físico existente na instituição, bem como sobre as indagações em torno dos objetivos específicos como: conhecer as atividades diárias da GIPE, averiguar as condições de acondicionamento dos documentos, e identifica se existe na instituição medidas que visem amenizar o excesso e produção documental e a escassez de espaço físico.

Desta forma, com relação às atividades desempenhadas pelos servidores da instituição conforme dados coletados, observou-se que houve um grande número de prontuários movimentados mensalmente, sendo que da média mensal de 15.967,00 em 2016 e 17.340,00 em 2017 houve aumento de (8,60%) e de 2017 para 2018 com média mensal de 18.178,00, houve aumento de (4,83%), uma estimativa menor em relação à de 2016 para 2017 conforme demonstrado no quadro 2.

Ainda de acordo com o quadro 2, observou-se que de 2016 para 2017 houve um aumento de (1,90%) no número de prontuários solicitados pelo ambulatório e isso se deve pelo fato de o número de consultas apresentarem aumento na instituição. Já de 2017 para 2018 aumentou (1,59%) com média mensal de 10.117,00 prontuários solicitados em 2018.

Por outro lado, da média mensal de 6.831,00 em 2016 e 6.687,00 em 2017 houve um percentual de (-2,11%) de prontuários atendidos ao ambulatório e de 2017 para 2018 houve um percentual de (5,10%), ou seja, de 2017 para 2018 houve aumento no percentual do número de prontuários despachados pelo arquivo para os ambulatórios em relação a 2016 para 2017. Tendo assim, conforme o quadro 2, como principal cliente o Complexo Ambulatorial com média mensal de 7.028,00 prontuários atendidos só no ano de 2018.

No Quadro 02, também pode ser observado que houve uma redução de (-94,62%) no percentual de prontuários não atendidos ao ambulatório por não localização no arquivo de 2016 para 2017. E que de 2017 para 2018 um aumento de (11,80%) com média mensal de 5,00% em 2017 e 64,00% em 2018. Cabe ressaltar também, que esse aumento se deve pelo fato de o número de pacientes que tem número registro, mas não possui prontuário físico ter aumentado conforme foi esclarecido durante a entrevista.

Já o número de prontuários solicitados para atendimentos diversos aumentou em (7,12%) de 2016 com média mensal de 688 para 7.385 em 2017. Contudo, de 2017 para 2018 houve redução de (-42,88%) com média mensal de 421,00 em 2018.

A diferença numérica de desarquivamento para arquivamento está relacionada às primeiras consultas, retorno do faturamento após a internação e para anexar a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), resultados de exames e complementação de impressos de internação.

Nessas atividades observou-se que com relação ao desarquivamento da média mensal de 6.984,00 em 2016 para 7.385,00 em 2017 houve aumento de (5,74%), e que de 2017 para 2018 com média mensal de 7.770,00 aumentou em (5,21%). Quanto ao arquivamento da média mensal de 8.983,00 em 2016 e 9.955,00 em 2017 o percentual aumentou em (10,82%) e de 2017 para 2018 com média mensal de 10.408,00 houve um aumento (4,55%), ou seja, um percentual menor em relação de 2016 para 2017.

Convém discorrer que para se obter o resultado dos cálculos foi realizada uma análise horizontal (Comparação entre períodos), na qual se dividiu o período atual mais o anterior e multiplicou-se por cem. Neste caso, o objetivo foi demonstrar o desempenho das atividades apresentando a variação de um ano para o outro.

Assim com base nos dados apresentados observa-se que o arquivo consegue atender as demandas de solicitações de prontuários, embora tenha um quadro reduzido de funcionários. Convém discorrer que para atender as demandas o quadro atual é complementado por plantões extras principalmente no que se refere às atividades de arquivamento e organização de prontuários.

No Quadro 04, é possível observar um estudo comparativo da média mensal de solicitações de prontuários para os atendimentos de 2016 a 2018.

Quadros 4 - Estudo Comparativo da Movimentação de Prontuários decorrente das atividades desenvolvidas pelo arquivo

Solicitação de prontuários	Média Mensal		
	2016	2017	2018
Ambulatórios	9.773	9.959	10.117
Reinternações	65	70	25
Pesquisas	423	678	867
Por Usuários	60	63	61
Instituições Públicas e FSCMP	140	53	113
Novos Prontuários	4.400	4.436	4.502

Fonte: Arquivo médico da FSCMP.

No quadro 04, conforme dados apresentados observa-se aumento de (1,59%) de 2016 para 2017 nas solicitações ambulatoriais, enquanto que houve diminuição nas solicitações de prontuários para reinternações de 2017 para 2018 em (-64,29%), e por usuários aumentou em (5,00%) de 2016 para 2017, e de 2017 para 2018 teve redução em (-3,17%).

Quanto ao número de prontuários utilizados em projetos de pesquisas de 2017 para 2018 houve redução em 27,88% já para o atendimento às instituições públicas externas CRM, Conselho Tutelar, Ministério Público, dentre outras e as gerencias do hospital houve aumento em (113,21%) de 2017 para 2018.

Com relação a emissão de novos prontuários de 2016 para 2017 (0,82%) e de 2017 para 2018 aumentou em (1,49%).

Logo, de acordo com os dados observa-se que há pequenas variações com relação ao aumento e reduções das solicitações e despachos de prontuários no arquivo bem como no seu fluxo de movimentação em média mensal o que se deve considerar uma rotina diária intensa.

Por conseguinte, no que se refere à situação de acondicionamento dos documentos observou-se que, embora, estes não apresentem dados relacionados à sua integridade que aqueles que se encontram armazenados em caixas boxes no chão, estão sujeitos aos danos causados pela água no momento em que é feita a limpeza no espaço, ou seja, caso estes documentos sejam danificados pela água com certeza haverá perdas de informações que direta ou indiretamente influenciam nas tomadas de decisões dos diagnósticos clínicos.

Ainda há aqueles que estão nas estantes ou mesmo nas caixas na qual foi possível notar o acondicionamento em excesso, neste caso, supõe-se que no momento da retirada desses documentos caso não haja cuidado estes podem rasgar, causando assim perdas de informações além do que o acesso a estes já se torna dificultoso.

Cabe ressaltar, também, que o arquivo principal está localizado embaixo de uma enfermaria e os documentos que estão em caixas em cima das estantes ou mesmo nas próprias prateleiras podem ser danificados em decorrência de infiltrações, pois foi observado durante a entrevista que embora o arquivo tenha passado por uma reforma, que ainda há vestígios de infiltrações além da obra inacabada.

Foi também observado que devido à escassez de espaço físico que a organização dos prontuários não segue uma ordem, ou seja, em algumas prateleiras das estantes numerações distintas são misturadas. Cabe salientar, que além da falta de espaço que isso também ocorre devido às movimentações e mudanças dos prontuários das prateleiras que se encontram cheias e sem espaço, porém mesmo com toda essa problemática os servidores conseguem localizar os documentos nas estantes/caixas.

Na Figura 3, é possível observar os prontuários de registro distinto misturados, em decorrência da falta de espaço e as mudanças na organização.

Figura 3 - Prontuários de registro



Fonte: Autora.

Quando foi perguntado se o arquivo possui estrutura para atender as demandas de produção foi respondido que não. No entanto, quando foi indagado se existe na instituição algum tipo de medida que vise amenizar o excesso de produção documental e a escassez de espaço físico foi respondido que sim, pois, além da reforma predial na estrutura física, rede elétrica, hidráulica e de refrigeração no arquivo principal e da aquisição do espaço onde funcionava o antigo Banco de Leite e da antiga enfermaria Maria Goreth, que o processo de microfilmagem e digitalização foi fator importante para tentar amenizar a falta espaço físico.

No entanto, conforme observado nos dados coletados constatou-se que o volume de massa documental até então microfilmada e digitalizada é significativamente inferior a estimativa esperada pelo hospital, pois conforme foi esclarecido pelo gerente do arquivo o contrato assinado com a PRODEPA era que durante um ano fossem microfilmados um milhão de documentos, no entanto, os dados apresentados no quadro 03, demonstram que de agosto de 2016 quando o processo se iniciou até o final de 2018, foram microfilmados 1.950,537 de documentos, ou seja, uma estimativa menor do que a proposta no contrato com a prestadora do serviço. Convém salientar, que para se obter o resultado dos dados foi realizada a soma do quantitativo de todos os períodos tendo por objetivo demonstrar quantos documentos foram microfilmados e se correspondia com as estimativas de um milhão em um ano.

Deste modo, além do número de prontuários ser significativamente menor do que o esperado parte dessa documentação está sendo impressa, pois os médicos não

possuem acesso a esses documentos e como o atendimento só ocorre se o paciente possui o prontuário físico a solução para esse caso específico é a reimpressão. Convém discorrer, que os médicos só possuem acesso ao acervo microfilmado quando o mesmo realiza alguma atividade de pesquisa científica, mas o processo ocorre na dependência do arquivo.

Quanto a essa problemática envolvendo o acesso a esses documentos conforme foi esclarecido o projeto inicial seria que todos os médicos tivessem acesso aos documentos microfilmados em seus consultórios e caso os pacientes retornassem para fazer consultas, estes pudessem consultar os históricos clínicos, no entanto, como não houve estruturação nos consultórios por parte da gestão do hospital apenas os servidores do arquivo tem acesso a esses documentos.

Tal problemática faz com que parte destes documentos seja reimpressos, o que de certa forma gera ainda mais produção documental, fator este que vai contra o objetivo do projeto uma vez que ao invés de possibilitar mais espaço está ocasionando ainda mais geração e acúmulo de documentos.

Contudo, a solução até então discutida para a questão dos documentos microfilmados está sendo iniciada por intermédio de um projeto da área de Tecnologia da Informação do Hospital por meio da criação de um *link* que permita a interligação entre os sistemas *Indexa* e *SOUL MV*, o que permitirá o acesso aos prontuários por toda a rede assistencial do hospital sem a necessidade de reimpressão.

Nesse caso, no ato da consulta caso o médico queira inserir alguma informação o sistema possui repositório e todas as vezes que for inserido algum dado é registrado o nome do médico, horário de atendimento e caso seja excluído o sistema também registra.

Porém, os médicos da instituição não possuem assinatura digital e conforme foi esclarecido, para que o atendimento seja validado é preciso que as evoluções de atendimentos tenham a assinatura do médico, pois em caso de auditorias para que seja comprovada a veracidade dos gastos com internações ou mesmo consultas, é necessário à assinatura do médico.

O exemplo foi relatado que existe no hospital paciente internado há cinco anos e caso haja fiscalizações é necessário à assinatura do médico para comprovações. Logo, mesmo que seja desenvolvido o *link* de acesso entre os sistemas *INDEXA* e *SOUL MV*, a gestão do hospital precisa antes de tudo estruturar as suas unidades de atendimentos.

Outro fator que colaborou para que houvesse um excesso de produção de documentos ocorreu quando foi implantado no hospital o sistema *SOUL MV* em meados de junho de 2014, pois a partir do momento em que o sistema foi introduzido no hospital houve duplicação de registros de prontuários.

Quanto ao processo de duplicação conforme relatado na entrevista ocorreu porque ao mesmo tempo em que a equipe técnica da área de tecnologia do hospital em conjunto com os profissionais da empresa responsável pelo *SOUL MV*, realizava a migração dos registros dos pacientes presentes no *HOSPUB* para o *SOUL MV* e como o sistema já estava em tramitação nas unidades de atendimento ao paciente as atividades de abertura de prontuários estavam também sendo realizadas em ambos os sistemas.

Lembrando que como os registros no sistema *HOSPUB* eram feitos por digito terminal que esse mesmo seguimento deveria ocorrer no *SOUL MV*, mas, como os dois sistemas estavam em tramitação no hospital ao mesmo tempo em que estava ocorrendo à migração, estava havendo também a abertura de um mesmo registro nos dois sistemas para distintos pacientes.

Essa problemática foi observada pelos servidores do arquivo no decorrer das atividades de localização dos prontuários para serem despachados para as consultas, que pacientes distintos possuíam o mesmo registro nos dois sistemas, houve casos em que no ato da consulta o prontuário que havia sido despachado do arquivo não era do paciente que havia feito a marcação da consulta, justamente pelo fato de haver um mesmo registro para distintas pessoas, causando assim demora durante as buscas por prontuários no sistema e no arquivo físico já que para a localização destes era necessária realizar as buscas nos dois sistemas.

Com isso, o sistema *HOSPUB* foi desativado dos demais departamentos (Ambulatórios, Recepção, Unidades de Tratamentos Intensivos-UTI, dentre outros) e passou a ser utilizado apenas no arquivo já que havia um número significativo de prontuários com registro ainda presente nesse sistema.

O processo de migração também se encerrou, pois, não se tinha noção de quantos registros duplicados havia nos dois sistemas, mas como os servidores sabiam até onde havia os registros no *HOSPUB* conforme já mencionado, então foi optado pelo registro em ordem crescente a partir dos (600.000) para que os servidores pudessem acompanhar em que proporção o acervo iria crescer e para que não houvesse “choque” de informações entre os dados de distintos pacientes. Esse novo

método facilitou não só a organização como também a localização dos prontuários, segundo o que foi informado.

Desta forma, com o *SOUL MV* em tramitação pelo hospital e o novo processo de registro implantado, imaginou-se que o problema relacionado a duplicação de fosse acabar, no entanto, como os registros de abertura de prontuários e marcação de consultas eram feitas apenas na recepção ocorria de os servidores no ato da abertura, visando a agilidade no atendimento e mesmo o sistema apresentando o campo dizendo que o paciente X já possuía registro e outro campo dizendo que se o operador desejasse continuar a realizar a abertura de um novo cadastro que era para prosseguir, o mesmo não realizava as buscas para localizar o paciente, mas sim a abertura de um novo registro, havendo novamente a duplicação no sistema.

Mas no caso do *SOUL MV* esses registros eram feitos em nome de uma mesma pessoa já que havia no cadastro informações erradas dos pacientes e mesmo realizando as buscas o paciente não era encontrado. Há relatos que uma mesma pessoa já teve até sete registros no *SOUL MV*.

Ainda de acordo com a entrevista foi ressaltado que como os servidores dos departamentos (Laboratório, Triagem, Diagnóstico Por Imagem, dentre outros) tinham acesso à realização de abertura de prontuários que em cada atendimento que paciente realizava um determinado procedimento, que como os operadores do sistema não realizavam uma busca completa para saber se o paciente havia registro ou não, só iriam abrindo registro, gerando assim inúmeros registros fator esse que se reflete nas atividades de buscas por esses documentos no arquivo.

Tal, problemática fez com o processo de abertura de registro seja realizado no departamento de triagem e na recepção, porém, ainda há casos de duplicação de registros existente no hospital. Para manter amenizada a situação vem sendo realizada a unificação desses prontuários que durante as buscas são identificados com duplos, triplos registros, porém o processo ainda é lento já que apenas um servidor é responsável pela realização dessa atividade.

Ainda há os casos de pacientes cujos dados foram cadastrados de forma incorreta, e a correção destes também é realizado no arquivo, pois, leva-se a considerar que esta duplicação de registro ocorra também pelo fato de os dados dos pacientes serem inseridos no sistema de forma incorreta.

Assim, quanto a esse fator envolvendo o sistema observa-se que não foi feito um estudo no arquivo e nem nos departamentos da instituição para saber como seria

o impacto de mais um sistema dentro do hospital, uma vez que seria necessário fazer um diagnóstico de toda a estrutura administrativa do hospital e principalmente no arquivo para que posteriormente fosse feita a implantação do sistema.

Logo, a partir da análise dos dados observou-se que embora o arquivo consiga atender a demanda que é necessária para fazer um estudo aprofundado visando entender a sua estrutura, função e suas atividades, buscando assim proporcionar uma visão geral de todos os problemas até então não percebido pela gestão do hospital.

Portanto, a partir do diagnóstico realizado na GIPE e com base nos dados apresentados e analisados se coloca em discussão as seguintes indagações: Será que os responsáveis pela abertura do registro dos pacientes apresentam competência para a realização dessas atividades? E se a realização da abertura dos registros fosse feita pelos servidores do arquivo? E se a abertura dos registros fosse concentrada em apenas um departamento da instituição? Até que ponto a instituição atua na capacitação de seus servidores? Será que a microfilmagem vai conseguir amenizar a excesso de produção de documentos? Caso não consiga, será que o hospital terá estrutura física para manter a guarda dos documentos? Já que o acervo está crescendo em grandes proporções.

Estas indagações se apresentam como reflexão para uma problemática relacionada ao excesso de produção de documentos e falta de estrutura física nos arquivos públicos que não está presente apenas em instituições na área da saúde, mas, também em todas as esferas administrativas do País.

Logo, sugere-se que a instituição desenvolva um projeto de gestão documental em toda a sua estrutura administrativa que vise não só a organização de sua massa documental e o investimento em sistemas com altos custos, mas, que proporcione a capacitação dos seus servidores, pois, estas são os principais mediadores das informações e atividades desempenhadas na instituição e a eficiência desta, reflete no atendimento e melhorias de prestação de serviços além de evitar problemas como os apresentados no decorrer desta pesquisa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da pesquisa observou-se que embora o Arquivo Médico de Gerenciamento a Informação do Paciente da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP) apresente um quadro reduzido de funcionários, que estes conseguem atender as demandas de solicitações de prontuários decorrentes das atividades desempenhadas diariamente.

Por outro lado, com relação às condições de acondicionamento dos documentos constatou-se que muitos prontuários estão armazenados em excesso em caixas pelo chão ou por cima das estantes e que mesmo com a ampliação recente do espaço ainda há muitos prontuários em lugares inadequados, como por exemplo, o corredor do arquivo.

Quanto as medidas até então tomadas pela instituição para tentar amenizar o excesso de produção documental e a escassez de espaço físico observou-se que não está alcançando resultados satisfatórios, pois, ainda há produção em grande massa de documentos, principalmente dos que estão sendo microfilmados já que estes estão sendo reimpressos o que reflete de forma negativa na guarda e acesso aos documentos.

Assim, entende-se que o problema de produção documental da instituição não vai amenizar apenas com a realização de projetos que sejam específicos da estrutura do arquivo, mas sim que venha a atender o hospital como um todo e que estes sejam realizados principalmente com a participação de um profissional arquivista, que venha contribuir com o conhecimento teórico em conjunto com as práticas do dia a dia já desempenhadas pelos servidores, visando assim melhorar a situação até então não amenizada.

Portanto, seria necessário que a instituição realize um mapeamento completo da sua massa documental, como por exemplo, em que decorrência o paciente realiza consultas, quantos ao exato já prescreveram o prazo de guarda de 20 anos em suporte papel mencionado pela resolução nº 1821 de 2007 do CFM, quantos realizaram apenas um procedimento e não retornaram à instituição, em que proporção ocorre o crescimento da massa documental, que realize um estudo da sua estrutura, de como o processo de aplicação de um projeto irá refletir na instituição como o todo, mas que apresente resultados satisfatórios.

REFERÊNCIAS

BELLOTTO, H. L. **Arquivos Permanentes**: tratamento documental. 4º ed. Rio de Janeiro, FGV, 2006.

BRASIL, A. R. Q. Modelo de requisitos para sistemas informatizados de gestão arquivística de documentos. **Conselho Nacional de Arquivos**, 2011. Disponível em: <http://arquivonacional.gov.br/br/images/virtuemart/product/earqbrasil_model_requisitos_200%209.pdf>. Acesso em: 02 out. 2019.

BRASIL, Decreto n 1799, de 30 de janeiro de 196. Dispõe sobre a regulamentação da Lei n° 5.433, de 8 de maio de 1968, que regula a microfilmagem de documentos oficiais, e dá outras providências. **Diário Oficial**. Brasília, 30 de janeiro de 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D1799.htm>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL, Lei n 12.682, de 9 de julho de 2012. Dispõe sobre a elaboração e o arquivamento de documentos em meios eletromagnéticos. **Diário Oficial**. Brasília, 9 de julho de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12682.htm>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL, Lei n 13.874, de 20 de setembro de 2019. Dispõe sobre a declaração de direitos de liberdade econômica; estabelece garantias de livre mercado. **Diário Oficial**. Brasília, 20 de setembro de 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13874.htm>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL, Lei n 5.433, de 8 de maio de 1968. Dispõe sobre a regulamentação da microfilmagem de documentos oficiais e dá outras providências. **Diário Oficial**. Brasília, 9 de julho de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L5433.htm>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa**. Brasília, DF: Senado, 1988. Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no. 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei n 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em: <<http://conarq.arquivonacional.gov.br/resolucoes.html>>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Constituição da república federativa do brasil. Brasília, D F: Senado Federal. 1988. Disponível em: <http://portal.iphan.gov.br/uploads/legislacao/constituicao_federal_art_216.pdf>. Acesso m: 10. Set. 2019.

BRASIL. Lei n. 8159, de 8 de janeiro de 1991. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados. **Diário Oficial**. Brasília, 9 de janeiro de 1991.

Disponível em:<<http://conarq.arquivonacional.gov.br/resolucoes.html>>. Acesso em: 21 set. 2019.

CALDERON, W. R. **O processo de gestão documental e da informação arquivística no ambiente universitário**. Ciência da informação, v. 33, n. 3, 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ci/v33n3/a11v33n3>>Acesso em: 15 Set. 2019.

CASSARES, N. C. **Como fazer conservação preventiva em arquivos e bibliotecas**. Arquivo do Estado, 2000. Disponível em:<<http://www.vsilva.com.br/dados/Como%20Fazer%205%20Conservar.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução Nº 1.638 de 9 de agosto de 2002.**Diário Oficial**. Brasília, 9 de agosto. 2002. Disponível em:<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm>. Acesso em: 20 out. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução Nº 1.821 de 23 de novembro de 2007. **Diário Oficial**. Brasília, 23 de nov. 2007. Disponível em:<https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-1821-2007_105431.html> Acesso em: 20 out. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. Decreto nº 4.073 de 3 de janeiro de 2002. Regulamenta a lei n. 8159, de 8 de janeiro de 1991 que dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados. **Diário oficial**. Brasília, 3 de janeiro de 2002. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4073.htm>. Acesso em: 04 out. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. Resolução n. 14 de 24 de Outubro de 2001. Aprova a versão revisada e ampliada da Resolução n. 4 de 28 de março de 1996, que dispõe sobre o código de classificação de documentos de arquivo para a adesão pública: atividade meio e a Tabela Básica de Temporalidade e Destinação de documentos relativos às atividades meio da administração pública. **Diário Oficial**. Brasília, 8 de fevereiro de 2002. Disponível em:<<http://conarq.arquivonacional.gov.br/resolucoes.html>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

CORNELSEN, J. M.; NELLI, V. J. **Gestão integrada da informação arquivística: o diagnóstico de arquivos**. Arquivística. net (www.arquivistica.net), v. 2, n. 2, p. 70-84, 2006. Disponível em:<<http://simagestao.com.br/wp-content/uploads/2016/04/Gestao-integrada-da-informacao.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2019.

COSTA, C. M. L. O Arquivo Público do Império: o legado absolutista na construção da nacionalidade. **Revista Estudos Históricos**, v. 14, n. 26, p. 217-231, 2000. Disponível em:<<http://simagestao.com.br/wp-content/uploads/2016/04/Gestao-integrada-da-informacao.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2019.

DA SILVA, SIMONE FRANCISCO. DIAGNÓSTICO ARQUIVÍSTICO: incursões teórico-metodológica. 2014

DE ALMEIDA, M. F. I.; VITORIANO, M. C. D. C. P. Diagnóstico de arquivos e mapeamento da informação: interlocução da gestão documental com a gestão da informação. **Em Questão**, v. 24, n. 3, p. 68- 95, 2018. Disponível em:<<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6593372>>. Acesso em: 20 set. 2019.

DE MOURA SOUSA, A. P. Princípios da descrição arquivística: do suporte convencional ao eletrônico. **Arquivística. net (www.arquivistica.net)**, v. 2, n. 2, p. 38-51, 2006. Disponível em:<http://www.brapci.inf.br/_repositorio/2009/11/pdf_a3a0d349d9_0006719.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2019.

DOS SANTOS, N. M.; FREIXO, A. L. **A gestão do prontuário do paciente com ênfase na atuação da comissão de revisão de prontuários**. 2011. Disponível em:< <http://www.arquivistasbahia.org/3sba/wp-content/uploads/2011/09/Santos-Freixo.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2019.

INDOLFO, A. C. Avaliação de documentos de arquivo: atividade estratégica para a gestão de documentos. **Revista do Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 6, p. 13-37, 2012. Disponível em:<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4204432/4101451/revista_AGCRJ_6_2012.pdf#page=13>. Acesso em 21 Set. 2019.

LOPES, L. C. **A nova arquivística na modernização administrativa**. 2. ed. Brasília: Projecto, 2009.

MOLINA, L. G.; LUNARDELLI, R. S. A. O Prontuário do Paciente e os Pressupostos Arquivísticos: estreitas e profícuas interlocuções. **Informação & Informação**, v. 15, n. 1, p. 68-84, 2010. Disponível em:<www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/4764>. Acesso em: 15 set.2019.

PARÁ (Estado). **Apresentação da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará**. Disponível em:<<http://www.santacasa.pa.gov.br/sobre/p.php?id=1%3E>>. Acesso em: 30 out. 2019.

PARÁ (Estado). **Empresa de Tecnologia da Informação e Comunicação do Pará (PRODEPA)**. Disponível em:<<http://www.prodepa.pa.gov.br/quem-somos>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

PERNANBUCO (Estado). **MV: desenvolvimento de soluções de gestão inovadoras**. Disponível em: <<http://www.mv.com.br/pt/sobre-a-mv/quem-somos>>. Acesso em: 10 out. 2019.

PINTO, V. B. Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde 10.5007/1518-2924.2006 v11n21p34. **Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação**, v. 11, n. 21, p. 34-48, 2006. Disponível em:<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/267>>. Acesso em: 17 out. 2019.

ROCKEMBACH, M. Difusão em arquivos: uma função arquivística, informacional e comunicacional. **Informação Arquivística**, v. 4, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://www.aaerj.org.br/ojs/index.php/informacaoarquivistica/article/view/95/55>>. Acesso em: 13 out. 2019.

SANTOS, P. R. E. D. **Arquivística no laboratório**: história, teoria e métodos de uma disciplina. Rio de Janeiro, Teatral, 2010.

SÃO PAULO (Estado). **Companhia de Informação e Planejamento em Saúde**. Disponível em: <<http://www.ipsaude.com.br/Products/Hospub/>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

SCHELLENBERG, T. R. **Arquivos Modernos**: 6° ed. Rio de Janeiro: FGV. 2006.

TONELLO, I. M. S.; DA SILVA NUNES, R. M.; PANARO, A. P. Prontuário do paciente: a questão do sigilo e a lei de acesso à informação. **Informação & informação**, v. 18, n. 2, p. 193-210, 2013. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/5d10/01cc6eabd72b56de3805f3f06ae63da0f9f4.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2019.