

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE – UFF
INSTITUTO DE ARTE E COMUNICAÇÃO SOCIAL - IACS
DEPARTAMENTO DE CIENCIA DA INFORMAÇÃO – GCI
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ARQUIVOLOGIA**

JOANA LIZ MONSORES ARAÚJO

**GESTÃO DE ARQUIVOS MÉDICOS: A
IMPORTÂNCIA DO PRONTUÁRIO DO
PACIENTE**

**UNIVERSIDADE
FEDERAL
FLUMINENSE**

**NITERÓI
2017**

JOANA LIZ MONSORES ARAÚJO

ARQUIVOS MÉDICOS: A IMPORTÂNCIA DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel. Área de Concentração: Arquivologia.

Orientador: Prof.º Dr. Renato de Mattos

NITERÓI

2017

JOANA LIZ MONSORES ARAÚJO

ARQUIVOS MÉDICOS: A IMPORTÂNCIA DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel. Área de Concentração: Arquivologia.

APROVADO EM: / /

BANCA EXAMINADORA

Prof. ° Dr. Renato de Mattos - Orientador
Universidade Federal Fluminense

Prof. ª Dr. ª Margareth da Silva
Universidade Federal Fluminense

Prof. ª Dr. ª Clarissa Moreira dos Santos Schmidt
Universidade Federal Fluminense

NITERÓI
2017

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a Deus, àquele que sempre
estará comigo e a minha querida família.

AGRADECIMENTOS

Venho agradecer primeiramente a Deus pelo amor e misericórdia eternos. A toda minha família, em especial minha mãe Sheila Cristine Monsores Araújo, pelas orações, dedicação e por sempre estar presente. A meus familiares e amigos pelo incentivo. Aos professores Renato de Mattos, Margareth Silva e Lindalva Silva Neves pela nobreza e bondade em contribuírem com conhecimento e empenho para minha formação.

RESUMO

O presente trabalho busca apresentar a importância do Prontuário do Paciente no ambiente hospitalar, assim como para a pesquisa científica e social. A pesquisa com base na literatura e legislações vigentes demonstra que a aplicação da Gestão de Documentos e Avaliação nos Arquivos Médicos, contribui e muito para que esses acervos sejam, além de bem organizados, bem conservados e acessíveis aos usuários: à administração hospitalar, médicos, equipes multidisciplinares, pesquisadores e principalmente aos pacientes. O trabalho vem discorrer também sobre o “poder” ou valor testemunhal e probatório inerente ao Prontuário do Paciente na medida em que demonstra e atesta todas as ações (onde, como e por quem foi atendido), procedimentos (o que foi realizado no atendimento) e tratamentos (as intervenções para a superação da patologia) feitos entre médico e paciente no âmbito do hospital ou unidade de saúde e para possível ou eventual inquirição.

Palavras Chave: Gestão de Documentos. Avaliação. Prontuário do Paciente.

ABSTRACT

The present work seeks to present the importance of the Patient Record in the hospital environment, as well as for scientific and social research. The research based on current literature and legislation demonstrates that the application of Document Management and Evaluation in the Medical Archives contributes greatly to the collection of well-organized, well-kept and user-accessible collections: hospital administration, physicians, Multidisciplinary teams, researchers and especially patients. The work also deals with the "power" or witness value and probative value inherent to the Patient Record insofar as it demonstrates and attests all actions (where, how and by whom it was attended), procedures (what was done in the care) And treatments (the interventions to overcome the pathology) made between doctor and patient within the hospital or health unit and for possible or possible inquiries.

Keywords: Document management. Evaluation. Patient Record.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Tipos documentais produzidos na atividade médica.....	31
--	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO 1 - A GESTÃO DE DOCUMENTOS.....	12
CAPÍTULO 2 - AVALIAÇÃO.....	20
CAPÍTULO 3 - PRONTUÁRIO DO PACIENTE.....	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIA.....	42

INTRODUÇÃO

Uma unidade de saúde é uma instituição composta por vários profissionais qualificados da área da saúde, cuja atuação visa o bem-estar ou saúde (física, psicologia e emocional) do paciente desde sua entrada à sua saída ou alta. Para dinamizar o acompanhamento do paciente, algumas unidades de saúde possuem um serviço de arquivo médico que tem como objetivo a produção de prontuários, retiradas para consulta, guarda e disponibilização das informações neles contidas, e através das informações que emanam dos prontuários avaliar se a devida estrutura e assistência está sendo dispensada (pelo Estado e profissionais) aos pacientes, assim como conferir ao médico o respaldo legal, sobre sua conduta em caso de comprovação às autoridades responsáveis.

Para que o trabalho do arquivo médico ou Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) seja efetivo, é imprescindível que desde a direção do hospital até os profissionais que assistem os pacientes e, portanto, acessam o Prontuário do Paciente (PP) -, entendam que este documento do paciente é essencial, não apenas para registrar, mas também acompanhar e embasar todo tratamento realizado no paciente. Outros “méritos” inerentes ao Prontuário do Paciente estão no fato deste servir para tomada de decisão no ambiente hospitalar, melhorias com o objetivo de tornar mais eficiente o atendimento, e não podemos negligenciar que o mesmo é fonte de conhecimento, pesquisa e avanços científicos, sociais, estatísticos e sanitários, entre outros. “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, p.10), afirmam:

“[...] 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.” (FRANÇA, 2014, p. 30).

Portanto, diante de tanta relevância, cabe ao arquivista implementar um conceito norteador da área: Gestão de Documentos. A Gestão de Documentos é um conceito que ganhou destaque na Arquivologia, durante a Segunda Guerra Mundial, período em que se observou o crescimento vertiginoso da documentação em virtude da proibição legal de sua

destruição, ou seja, “ocorreu o aumento da quantidade da informação produzida, o incremento das atividades de racionalização da sua utilização e a valorização para a ampliação de sua acessibilidade, além das questões que envolvem o tratamento, armazenamento e difusão das informações registradas nos novos suportes magnéticos, eletrônicos ou digitais.” (INDOLFO, 2007, p. 29-30).

Neste cenário informacional outro recurso voltado para a análise, atribuição de valores (primário ou secundário), racionalização consciente e eficiente da massa documental e atribuição de tempo de guarda/temporalidade aos arquivos, é a função de Avaliação de Documentos, como afirma Bellotto (2006, pág.115), “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.” (FRANÇA, 2014, p. 29).

Podemos então estender esses conceitos, ditos anteriormente, aos documentos arquivísticos (“documento produzido (elaborado ou recebido), no curso de uma atividade prática, como instrumento ou resultado de tal atividade, e retido para ação ou referência.” (GLOSSÁRIO CONARQ, 2014, p. 18) produzidos no ambiente hospitalar, em especial ao prontuário do paciente, já que “o prontuário do paciente é o registro do fazer, da experiência vivida por profissionais, cujas condutas adequadas e eficazes ensinam e educam novos profissionais”.

A preservação do prontuário e o acesso ao mesmo refletem a gestão e avaliação aplicada no decorrer do seu ciclo vital (corrente, intermediário e permanente) e isso possibilita ao usuário, seja médico, outros profissionais da saúde, pesquisadores e paciente, informação legível, autêntica e probatória, devidamente amparada por leis como se vê na “Lei nº 8.159/1991 (Cap. 1/ Art. 1º), conhecida como Lei de Arquivos, em seu primeiro artigo preconiza que os arquivos precisam ser protegidos como “instrumento de apoio à administração, à cultura, ao desenvolvimento científico e como elementos de prova e informação”, cabe, então, às instituições de saúde promover a garantia do acesso às informações, para a produção do conhecimento em todas as áreas, como apoio à administração e para o processo de tomada de decisão. Mais do que isso, garantir o acesso aos documentos dos arquivos de instituições de saúde como um elemento, a mais, de construção da memória social, haja vista que esses arquivos servem como fonte para pesquisas nas áreas Ciências Sociais e Ciências Humanas.” (NASCIMENTO, 2014, p. 17).

No que diz respeito ao acesso ao prontuário do paciente, deve-se observar e levar em consideração dois princípios: Acesso a Informação e Direito à Privacidade. Ambos garantidos por lei caminham lado a lado numa relação de respeito em que o contexto em questão é que define o momento de se apropriar de uma e abster-se do outro, na medida em que “na Resolução CONARQ nº 22 de 30 de junho de 2005, deparamos com um problema, pois em seus considerandos este ato normativo consagra o prontuário do paciente como sendo um “documento único” em qualquer suporte constituído de informações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele individualmente prestada e que por esse motivo tais informações têm caráter *sigiloso*. Por outro lado, é o registro da assistência prestada ao paciente, informações estas reconhecidas pelo próprio ato normativo como sendo relevantes para estudos e pesquisas clínicas e científicas, [...] nas Resoluções CFM nºs 1.821/2007 e 1.638/2002 que também em suas considerações iniciais, tipificam o prontuário do paciente como sendo um documento de expedição compulsória, cuja propriedade física e dever de guarda são atribuídos ao ente que o produziu, no entanto, as informações ali contidas pertencem ao paciente e só podem ser divulgadas com sua autorização.” (NASCIMENTO, 2014, p. 16).

Assim, pode-se dizer que interessa a este trabalho demonstrar a importância ou relevância que o prontuário do paciente traz consigo; no tratamento do paciente em si; na assistência eficiente da equipe médica; na operacional ou produtiva administração hospitalar; nas questões voltadas para a saúde pública e/ou sanitária; para o compartilhamento de informações entre os órgãos de saúde pública; para a pesquisa, advento, progresso e publicação do conhecimento das áreas científicas e sociais, e para o devido acesso (respeitando os graus de sigilo) dos usuários a ele. Trazer a necessidade e o proveito que um programa de Gestão de Documentos e a Avaliação de Documentos podem ocasionar ao serviço de arquivo médico ou SAME e que se reflete em todas as atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde.

Nosso problema de pesquisa consiste em analisar e levantar em questão, como o Serviço de Arquivo Médico e Estatística mesmo sendo de suma importância para tratamento do paciente, apoio à equipe médica, administrativa e também a sociedade, é por vezes negligenciada e pouco abordada na literatura e pelos órgãos responsáveis; tendo como referencial teórico a contribuição da autora Ana Celeste Indolfo, quando aborda sobre a Gestão e Avaliação de Documentos, assim como a do autor Francisco José Tavares do Nascimento, ao tratar do acesso aos arquivos de Instituições de Saúde, em especial, quando enfoca sobre o Prontuário do Paciente. Revisar a literatura com a apresentação dos conceitos

de Gestão de Documentos, Avaliação de Documentos e Arquivos Médicos, a fim de apontar como a aplicação desses, pode contribuir para a conscientização da importância do Prontuário do Paciente e para o eficiente acesso ao mesmo.

CAPÍTULO 1. A GESTÃO DE DOCUMENTOS

Ao longo dos séculos, o ser humano buscou se comunicar e expressar, o que a princípio era possível, apenas, através da fala, mediante boa memorização ou pela representação (pintura rupestre). Entretanto, o discurso oral não atendia mais à necessidade de comunicar, representar, como também registrar as informações oriundas do convívio interpessoal e com a natureza, como atividades ligadas ao trabalho, rituais e etc. O que levou à criação da escrita, uma nova tecnologia que permitia outras formas de manipular a informação. Assim, desde que o ser humano passou a registrar suas relações sociais, os arquivos existem; constituem e preservam a memória das Instituições e pessoas, apoiam ou embasam os poderes e tomadas de decisões políticas e administrativas, garantem direitos e zelam pela identidade nacional, ou seja, a evolução histórica dos arquivos é paralela ao desenvolvimento das sociedades.

Os únicos que acessavam os documentos eram representantes políticos e religiosos de tal forma que os arquivos eram voltados para esse público. Posteriormente, com a Revolução Francesa, o Arquivo passa a ser apontado como “Garantidor” dos Direitos dos Cidadãos e Jurisprudência da atuação do Estado. Já no século XIX, além de garantir os direitos dos cidadãos, conservará a memória do passado da Nação e por isso, será alvo das investigações históricas. (PORTO, 2013).

No século XX, os Arquivos passam por mais uma etapa desta “série” de mudanças ocorridas ao longo do tempo. Após a Segunda Guerra Mundial (conflito militar global que durou de 1939 a 1945), surgem novas tecnologias, institucionaliza-se a área da Ciência da Informação, aumenta-se a produção de informação científica e, por conseguinte o aumento do volume documental e diferentes utilidades aos documentos de arquivo. Assim, a arquivologia se vê diante de um novo cenário, porém com *práxis* da Arquivologia Clássica voltada para os documentos históricos fundamentada nos países ou pelos arquivistas europeus; havendo uma necessidade de “nascer” uma Arquivologia Moderna (período do pós Segunda Guerra até final da década de 1980), ou seja, apta a lidar com documentos administrativos de fase corrente e intermediária, em novos suportes e com novas demandas.

Atualmente, o desafio que se apresenta para os arquivistas está voltado ao conhecimento e aplicação adequada da gestão de documentos, a fim de que os acervos desde sua criação, produção, vida ativa até guarda permanente ou eliminação, sejam geridos, preservados e acessados com precisão e tempo hábil, sem perda de relação orgânica, seja em

formato convencional ou digital. Para isso acontecer se faz necessário revisitar os conceitos que torneiam e normatizam a arquivologia. (INDOLFO, 2007, PORTO, 2013).

Os países anglo-saxônicos, em especial Estados Unidos e Canadá diferentes dos países europeus, que tinham a atenção voltada para os arquivos permanentes ou históricos, onde o importante era e ainda é a preservação da memória, a conservação a longo prazo dos acervos “arcaicos”, observaram a necessidade de também dar atenção aos arquivos correntes e intermediários, entendendo que os documentos devem ser tratados e “monitorados” desde sua origem até a fase inativa. Daí o fato dos arquivistas estadunidenses fazerem referência ao ciclo vital dos documentos, com uma abordagem administrativa, que se materializou no conceito e aplicabilidade dos programas de gestão de documentos, dos quais o propósito é assegurar de maneira eficiente a produção, administração, manutenção e destinação dos documentos, racionalizar o volume documental e dar acesso.

No século XIX, mais precisamente até o final da Guerra Civil, em 1865, os Estados Unidos, era isento de problemas ligados ao armazenamento e conservação dos documentos públicos, mas a partir do início do século XX isto mudou. Os arquivos se tornaram cada vez mais volumosos, despertando o interesse dos arquivistas e autoridades em se apropriarem das técnicas da administração moderna e promoverem comissões, legislações entre outros, para racionalizarem e/ou eliminarem os documentos que antes eram proibidos de serem, devido ao valor informacional que possuíam e que serviam como “trunfo” em tempos de guerra, mas que passaram a ser um infortúnio gigantesco. (INDOLFO, 2007, p. 32).

Com a explosão documental instaurada, comissões a atos legislativos peculiares às questões arquivísticas foram criados para detê-la. Neste contexto, as comissões Hoover tiveram destaque quando estabeleceram práticas ou delinearam parâmetros para uma gestão adequada aos documentos abrangendo o ciclo de vida, ação continuada, ou seja, não permitia interrupções no processo de monitoramento e preservação documental, controle da gestão, entende-se controle de produção e dos documentos de guarda intermediária, como também a otimização do funcionamento da administração, limitando a quantidade de documento em produção e o prazo de guarda, além da mão-de-obra qualificada, consolidando a área.

Gestão de Documentos é um programa ou procedimento, ou ainda operações técnicas, do qual objetivo confere preservar e dar acesso aos documentos que mereçam ou haja necessidade, em todas as fases dos mesmos. Sua aplicabilidade não acontece em um único contexto, mas se adéqua às diversas realidades dos arquivos de cada país, isto é, sua

elaboração e desenvolvimento dependerá de uma dada e específica tradição arquivística e administrativa e do contexto histórico e institucional em questão.

Nos Estados Unidos o modelo de administração desenvolvido pelos americanos Frederick Taylor – engenheiro industrial - (1856-1915) e Frank Bunker Gilbreth – engenheiro mecânico - (1868-1924), cuja objetivo buscava compreender os hábitos de trabalho dos empregados das indústrias e encontrar meios de aumentar sua produção, através da organização e divisão de tarefas com o objetivo de obter o máximo de rendimento e eficiência com o mínimo de tempo e atividade, influenciou os arquivistas da época a adequarem essa visão de eficiência e eficácia às demandas arquivísticas. Assim, a gestão de documentos adquiriu uma roupagem bastante racional sendo entendida como o planejamento, o controle, a direção, a organização, o treinamento, a promoção e outras atividades gerenciais, passíveis a criação, manutenção, uso e eliminação dos documentos, como se vê na própria legislação americana quando define-a.

Como dito anteriormente, o modelo de gestão documental adotada pelos americanos, tem cunho administrativo, de racionalização de volume documental, de planejamento, de uso, preservação e acesso de forma rápida, econômica e eficiente. Já o modelo de gestão europeu adota uma prática mais conservadora, para os documentos em formato convencional/papel e de valor histórico, de memória e de consulta, de longo ou indeterminado prazo de guarda, assume uma postura custodial.

O conceito da gestão integral reforça os ideais da Gestão de Documentos, pois ainda que aderindo uma postura lógica/administrativa muito aceitável aos documentos em fase corrente, tem o intuito de gerir e controlar a documentação em todas as outras duas fases também: intermediária e permanente. Isso significa que o anseio da gestão de documentos é mapear e garantir que seja qual for a fase pela qual o documento esteja passando, seu valor administrativo, probatório e informativo não seja violado, respeitando o contexto e/ou finalidade de produção, a proveniência, a ordem original, a relação orgânica, a autenticidade, e todas as demais características e qualificações inerentes a documentação de valor arquivístico atendendo às demandas do produtor, do administrador, pesquisador e sociedade, em todo ciclo vital. (INDOLFO, 2007, p. 36).

“Bons” arquivos são os que refletem ou comprovam às atividades institucionais ou de pessoas, de maneira organizada, clara, rápida e acessível. Isto somente é possível mediante “boa” gestão planejada e empregada por “bons” profissionais. “Bons” arquivos dependem de

alguns elementos ou condições: investimento, profissionais capacitados, gestão de documentos e execução efetiva. (INDOLFO, 2007, p. 36 e FRANCISCO, 2017).

As novas tecnologias e conseqüentemente os novos formatos documentais, assim como os novos desafios vislumbrados, não devem se desligar dos conceitos, critérios e práticas que norteiam a arquivologia como ciência e portanto, a distingue e independe das demais ciências, ainda que ela dialogue com algumas delas, pois eles servem como alicerce da arquivologia que se modernizou, mas não perdeu suas características e bases teóricas ou pilares conceituais. (SANDERS, 1989 apud LLANSÓ I SANJUN, 1993, p. 30).

Muitos são os pesquisadores e teóricos da arquivologia dos quais possuem diferentes experiências e teorias sobre tal. Como já colocado, cada país de acordo com sua realidade política, social, administrativa, entre outros entendem, contextualizam e aplicam a gestão de documentos. Porém, há consenso quanto ao entendimento e objetivo da gestão ativa e efetiva, que trate da documentação em todas as idades e supra às demandas dos diferentes usuários.

Tanto a prática arcaica quanto a moderna de preservação e organização dos arquivos, não são “adversárias”, mas sim complementares, uma vez que ambas são voltadas e focadas para que os arquivos cumpram seu papel seja em cenário administrativo, científico e cultural. Os arquivos são dotados da capacidade de “passar” por esses campos embasando tomadas de decisões administrativas, registrar e estimular o desenvolvimento científico, resguardar e propagar a cultura, circunstâncias e garantias sociais. (INDOLFO, 2007).

A gestão de documentos permeia procedimentos, políticas e princípios arquivísticos com base em princípios administrativos, que visam o controle e preservação dos documentos efetivamente necessários, ou seja, com potencial administrativo, legal, testemunhal, e histórico durante todo ciclo de vida, de modo a reduzir seletivamente as proporções manipuláveis o volume documental, garantindo a produção, tramitação, uso, avaliação, eliminação ou guarda dos documentos adequadamente. Seja qual for a definição, esses critérios e características são essenciais.

Na chamada era da informação, onde a automatização torna-se cada vez mais “marcante” no processo produtivo e o uso intensivo dos recursos tecnológicos com efeitos na criação, produção, processamento, arquivamento, uso e acesso às informações arquivísticas, percebe-se a carência de fundamentar e aprofundar estudos, pesquisas e propostas que abranjam desde os documentos tradicionais, diz-se, em papel e histórico, aos documentos eletrônicos ou digitais, pois independente do suporte, formato ou mídia, e fase: corrente,

intermediária ou permanente, os documentos arquivísticos possuem valores intrínsecos que não devem ser ignorados. (INDOLFO, 2007).

Em se tratando de longevidade documental diante do crescente volume de documentos arquivísticos, existente em sistemas informatizados, surge uma preocupação com relação a gestão, preservação e acesso a longo prazo, uma vez que, os mesmos princípios (Respeito aos Fundos, a Ordem Original e a Proveniência), função ou procedimentos ou práticas (Identificação, Classificação e Avaliação), ou características (autenticidade, fidedignidade, a integridade e acessibilidade), que fundamentam e regem a Arquivologia e portanto os arquivos convencionais, têm de acompanhar os arquivos modernos, respeitando e adequados, evidentemente, a esse novo contexto.

Com o surgimento dos documentos digitais, muito se pensou se a arquivística fosse sucumbir, por seus princípios e práticas, até então, serem aplicáveis aos documentos em papel. Mas, gratamente, percebeu-se que mesmo havendo a necessidade de investimento em pesquisa e literatura, os conceitos norteadores da área não apenas servem, como são imprescindíveis para que os documentos digitais sejam legítimos, autênticos e acessíveis, assim como, eficientes, eficazes e qualificados para as demandas, administrativas (negociações, tomadas de decisões), históricas (preservação da memória) e informativas (pesquisas, exercício da cidadania).

A Arquivística deve manter seus esforços e estudos para cumprir sua finalidade: gerir e controlar os fluxos documentais, acompanhar as evoluções informacionais e tecnológicas, estreitando relação com áreas afins e estabelecendo-se cada vez mais como ciência. (INDOLFO, 2007, p. 42).

O processo de Avaliação cuja finalidade é analisar e selecionar os documentos, estabelecendo prazos de guarda e eliminação, tem contribuição extremamente relevante para que de fato o conjunto de procedimentos e operações técnicas inerentes à Gestão de Documentos, de fato, cumpram seus propósitos. Dos quais são eles: racionalizar a produção e uso inadequado da documentação, inibindo a circulação de documentos inúteis transitando e reunidos a documentos arquivísticos em potencial até a destinação final (guarda ou eliminação), aperfeiçoar processos administrativos e disponibilizar documentos essenciais em situações de crise e emergência, apoiar as tomadas de decisões, preservar a memória impedindo a eliminação de documentos de valor permanente.

Além de a Avaliação ser um processo de análise relevante no que diz respeito a estabelecer prazos de guarda e destinação, atribuir valores aos documentos (primário e

secundário) e racionalizar a massa documental, contribui pra maior estrutura e ampliação do espaço físico de armazenamento, não abrindo precedente para que os documentos arquivísticos de valor corrente e intermediário sejam sufocados por outros documentos sem importância administrativa e preservando os de valor permanente, do patrimônio arquivístico nacional.

O processo de Avaliação anda de mãos dadas com o de Classificação, visto que, não há como avaliar documentação sem compreendê-la integralmente e sua relação e valia com/para seu produtor. (INDOLFO, 2007, p. 43).

Os arquivos servem á *priori* para apoiar o gerenciamento operacional da entidade produtora, ou seja, ações e transações, que acarretam processos administrativos e processos de trabalho eficientes e efetivos, assim como, suas relações (atividades fim e meio, onde uma auxilia a outra), permitindo que terceiros, seja produtor, administrador ou usuário comum afirmem se, e como foram executados, respeitando os níveis de sigilo, é claro. Os arquivos garantem responsabilidade e evidências confiáveis, sobre tomadas de decisões e compromissos ou acordos assumidos, permitindo entre organizações e pessoas, fornecedores e clientes, uma relação de credibilidade, se estendendo a sociedade de modo geral. Já á *posteriori*, os arquivos adquirem status de patrimônio nacional e de fiel depositário (“custodiador”) da história/ memória. Os processos de Classificação e Avaliação refletem e analisam tais dinâmicas. (SCHELLENBERG, 1974, p. 61-62).

A avaliação além de estabelecer prazos de guarda aos documentos arquivísticos, também atribui valores conhecidos como valor primário, que são gerados e atendem ações administrativas das instituições no curso e oriundas das suas atividades, além desse, existe o valor secundário, condição atribuída aos documentos arquivísticos, que já não detém valor primário, mas valor informativo, histórico ou de eventual consulta. Documentos de valor primário cumprem fins administrativos (testemunham ou refletem a política e métodos de trabalho, como também funções da entidade em questão), legais ou jurídicos (garantem e protegem direitos governamentais e sociais) e por fim, o fiscal (das finanças, fluxo econômico, isto é, entrada e saída de recursos, orçamentos). (INDOLFO, 2007, p. 44-45).

A Classificação de Documentos tem por objetivo realizar o levantamento da produção documental, e isso permite conhecer quais documentos as unidades ou setores administrativos produzem no exercício de suas funções e atividades, análise e identificação dos conteúdos documentais. Através do esquema conhecido por Plano de Classificação, aliado ao Código de Classificação (atribuição do código correspondente ao assunto de que trata o documento), um

método numérico que pode ser decimal (código dividido em dez classes, que são consideradas as principais, e estas são divididas em subclasses, grupos e subgrupos, onde as classes principais são simbolizadas por número inteiro e de três algarismos: Classe 000 (administração geral), Classe 100, Classe 200, Classe 300 (...) – relacionadas às principais atividades exercidas pelo órgão - Classe 900 (Assuntos diversos); e duplex (a documentação é dividida em classes, conforme os assuntos, partindo do gênero para a espécie e desta para a minúcia (detalhes do gênero), permite a abertura ilimitada de classes, exigindo do arquivista zelo e atenção para não criar classes desnecessárias ou repetidas.) Ex: 3 PESSOAL; 3-1 Admissão de funcionários; 3-2 Demissão de funcionários; 3-3 Férias; 3-4 Salários (...). (INDOLFO, 2007, p. 45-46).

Dessa forma a Classificação e recursos possibilita a visualização, a relação dos documento entre si e com as funções da entidade, sua organização e ordenação, onde, como, porque e por quem é produzido, além do acesso rápido, eficiente e confiável, dando subsídios para que a Avaliação seja desenvolvida sem lacunas.

O processo de Avaliação é, portanto, realizado com base no que a Classificação apresenta, representa e informa, em prazos legais estabelecidos pelos órgãos fomentadores de políticas públicas e arquivísticas, ou seja, obedecendo a prazos prescricionais, vinculado à legislação vigente, onde determinados documentos devem obrigatoriamente ser retidos pelas instituições para o cumprimento desses prazos, e o prazo precaucional, que é estabelecido de acordo com o interesse administrativo de cada instituição. Logo, a Avaliação não é feita por subjeções ou desejo sem fundamento por parte do produtor ou administrador e seu produto, no caso, a Tabela de Temporalidade é um instrumento imprescindível, já que orienta os profissionais quais documentos, por quanto tempo devem ser eliminados ou recolhidos e preservados sob guarda permanente.

É importante destacar que a Classificação pra ser de grande valia, precisa não apenas representar toda estrutura funcional e documental de uma dada instituição, bem como, fazê-lo de forma prática e de simples entendimento e manipulação, pois a intenção é ser um instrumento facilitador dentro da gestão documental, cotidianamente vivenciada pelos produtores, administradores e usuários da informação.

Classificação de Documentos pode ser do tipo funcional, organizacional e por assunto. A do tipo funcional (e mais indicada, principalmente em se tratando de órgãos públicos, onde se muda muito os cargos ou estruturas, mas se mantém a funcionalidade), estabelece um Plano de Classificação com base nas funções ou atribuições das instituições. A do tipo

organizacional reflete os cargos ou setores, ou ainda hierarquias que compõem a instituição e os documentos produzidos por eles. A do tipo por assunto (e não recomendada) reflete a de que se refere ou natureza do assunto contido no documento. Esse tipo de classificação costuma ser muito superficial, não sendo aplicada aos documentos derivados de ações governamentais. A carência de mais literaturas abordando e definindo diretrizes pra Classificação de Documentos, contribui para que ainda hoje, sua execução e aplicabilidade sejam inadequada, desorganizada, por conseguinte ineficiente, tanto no que se refere a compreensão da massa documental, quanto a localização dos mesmos nos arquivos institucionais. (INDOLFO, 2007, p. 51).

Tanto na Classificação quanto na Avaliação o conhecimento da documentação produzida e do fluxo da mesma é de suma importância. Sem essas informações não há como executá-las e implementar um programa de Gestão de Documentos como deve ser. Não nos esquecendo de que a história e a memória não são os produtos dos conjuntos documentais, mas objeto de análise e preservação. Os produtos dos conjuntos documentais se apresentam nos processos administrativos, legais, fiscais e sociais, evidenciando uma gestão eficaz e eficiente, tomada de autenticidade e legitimidade. Tais documentos, refletem como o governo utiliza recursos públicos, a organização das administrações e como os mesmos procedem e as atividades desenvolvidas por entidades e pessoas, e porque não, da sociedade como um todo. (INDOLFO, 2007, p. 58).

CAPITULO 2. AVALIAÇÃO

Faz-se relevante, ainda mais numa época onde a multiplicação da ciência e tecnologias é um fato, e em consequência, também a informacional, que os órgãos ou entidades do Governo (em parceria com profissionais e entidades arquivísticas) se atentem e conscientizem da necessidade de formularem e implementarem políticas arquivísticas, criando assim, condições de gerenciamento, intervenção e controle dos documentos desde a fase corrente, passando pela intermediária, até e permanente e/ou eliminação, dando subsidio para função de avaliação e ampliando o acesso á informação governamental bem controlada e tratada. (INDOLFO, 2013, p. 17).

Em virtude do advento e dos avanços da ciência e tecnologia, em detrimento da evolução ou mudanças das técnicas, das legislações e mentalidades; assim como, a extensão do campo das competências administrativas para o campo da gestão econômica, das questões sociais, do ensino, da cultura, entre outros, vivenciados durante as Guerras Mundiais, houve o que chamamos de *a explosão da produção documental*. Neste contexto, a “explosão documental” significou um problema sem precedentes e uma incapacidade em conter ou controlá-lo, ainda mais diante da complexidade dos processos decisórios em nível nacional, regional e local, o que despertou as administrações e arquivistas para a avaliação de documentos, vinculada ao surgimento do conceito de gestão de documentos e controle do ciclo de vida dos mesmos, o que foi imprescindível para a redefinição da disciplina e profissionais da área. Em outras palavras, as autoridades e arquivistas buscaram na avaliação uma forma criteriosa de controlar e preservar a documentação potencialmente arquivística, ou seja, que cumprem fins administrativos (testemunham ou refletem a política e métodos de trabalho, como também funções da entidade em questão), legais ou jurídicos (garantem e protegem direitos governamentais e sociais) e por fim, o fiscal (das finanças, fluxo econômico, isto é, entrada e saída de recursos, orçamentos), separando-a das que devem ou posteriormente (cumprida a temporalidade) ser eliminadas. (INDOLFO, 2013, p. 22).

O conceito de Informação é amplo e se adéqua a vários contextos e áreas do conhecimento de acordo com a vertente e objetivo que se pretende abordar. Isso, ocasiona uma ausência de definição ao mesmo tempo em que possibilita varias ciências contribuírem ou fomentarem sentido, importância e aplicabilidade da informação para as categorias e sociedade em geral. (INDOLFO, 2013, p. 23).

Informação além de algo sem definição específica é autônoma. É passível de ser produzida, armazenada, tratada, comunicada e manipulada inteiramente sob a forma eletrônica e convencional (ainda que na forma convencional seja mais controlável, todo esse processo), tem valor político e econômico e para tanto é comercializada e usada como instrumento de poder e subordinação. Por ser facilmente adquirida nas plataformas ou “comércio” de conteúdos, essas próprias ferramentas orientam essa relação de oferta e procura pela mesma. Ela modela e cria padrões de atitudes e comportamentos para a sociedade, tem seus atores e envolve profissões, formações, associações e eventos específicos. As autoridades/ poderes públicos nacionais e internacionais se interessam por ela, incentivam e investem no desenvolvimento dela. Os pesquisadores se interessaram por ela e a constituíram em uma disciplina autônoma: a “Ciência da Informação”. Isso explica o fato da Informação, ainda que soe como algo “indefinido”, cada vez mais é alvo de interesse, valoração e investigação, e uma constante vontade de controle e apropriação, pois não existe sociedade e/ou sociabilidade, relações de trabalho e conteúdos científicos, sem informação. (INDOLFO, 2013, p. 27).

A aplicação ou efetividade da informação varia de contexto, pois cada contexto (social e/ou de geração, científico, administrativo, etc...) emana uma necessidade ou demanda informacional específica, de acordo com o que se busca conhecer ou alcançar. Pode ser registrada ou codificada de muitas formas, duplicada e reproduzida, transmitida por diversos meios, conservada e armazenada em diversos suportes, medida e quantificada, adicionada a outras informações, organizada, processada e reorganizada segundo diversos critérios, recuperada quando necessário segundo regras preestabelecidas. Dessa forma, percebe-se quão intrigante e complexa é a informação, seu tratamento e controle de seu fluxo. (INDOLFO, 2013, p. 30-31).

Assim como as outras áreas, a Arquivologia também possui certa fragilidade em definir e controlar a informação, e isso se acentua em nossa área devido a falta de literatura e pesquisa abordando essa questão de modo mais efetivo e prático voltadas pra nossa realidade. Esse processo conceitual e prático fica ainda mais delicado, quando nos deparamos com o conceito de informação orgânica. Muito pertinente e utilizada na área, não só adjetiva informação, como deixa claro que informação sem relação informacional, contextual, de vínculo com o órgão produtor e útil para as tomadas de decisões, não é considerada informação pra área. (INDOLFO, 2013, p. 33).

Os documentos arquivísticos são determinados para razão de sua criação/origem ou função pela qual foram produzidos, independente de seu formato ou natureza do suporte e podem ser caracterizados quanto ao gênero em: textuais, cartográficos, iconográficos, filmográficos, sonoros e micrográficos e, o acesso a eles torna-se mais eficiente quando a entidade produtora prima pelo processamento técnico, (entende-se a realização das atividades de identificação, classificação, avaliação, arranjo, descrição e conservação dos documentos) de arquivo de acordo com os procedimentos preconizados pela teoria e práticas arquivísticas. (INDOLFO, 2013, p. 34-35).

O tratamento e preservação adequados garantem aos usuários (administradores, arquivistas, pesquisadores e cidadãos) acesso as informações, exceto as legalmente estipuladas como sigilosas. Desta forma, o acesso á informação cada vez mais ganha “status” de instrumento conscientizador e garantidor dos direitos do cidadão e sociedade de modo geral. Logo, toda informação produzida ou gerenciada pelo Estado é pública e deve ser concedida a todo cidadão no exercício de sua cidadania, no âmbito “pessoal” ou social.

Avaliar para a teoria e prática arquivísticas significa analisar o uso dos documentos de arquivo para poder se definir (ou estabelecer) os prazos de guarda nas fases corrente e intermediária dos arquivos. Estes prazos, relativos ao valor primário, podem ser de curta, média ou longa duração, sempre expressos em anos, eventualmente, em meses. Findo o prazo de guarda, o documento de arquivo terá como destinação final a eliminação ou a guarda permanente, de acordo com o valor secundário. Alguns documentos de arquivo, ao serem criados, já possuem explicitamente esse valor secundário, enquanto para outros essa atribuição do valor secundário só ocorre quando são verificados usos potenciais depois de esgotada ou prescrita a razão (ou a finalidade) de sua produção. Uma outra finalidade da avaliação é controlar ou racionalizar criteriosamente o volume documental, separando a documentação de valores primário e secundário da documentação que não possui intrinsecamente tais valores ou cuja temporalidade se encontra passada, tudo isso visando uma gestão documental eficiente e acesso preciso ás informações que subsidiam os atos ou atividades administrativas. (INDOLFO, 2013, p. 43).

Ao longo dos anos o arquivo passou por mudanças, desde conceituais, práticas ao objetivo e “objeto” alvo da área. Da Antiguidade Clássica à Revolução Francesa, os documentos desempenharam um papel de prova e demonstraram o exercício do poder por parte das administrações, estabelecendo a noção de arquivos do Estado e Arquivo Nacional, cujos procedimentos eram voltados para a conservação do documento em formato

convencional ou em papel. Já com o “Bum” documental e de novas tecnologias do século XIX e XX, vemos uma mudança ou adequação dos arquivistas frente ao novo cenário: um extenso volume documental, advindo das novas tecnologias, evolução da ciência, novos instrumentos e meios de produzir, manusear, registrar e preservar a informação, não apenas no modo convencional, como também eletrônico. Princípios, como o planejamento, o controle e a supervisão da execução, a padronização dos procedimentos, a divisão e especialização do trabalho e a capacitação dos trabalhadores, preconizada na administração clássica, mais especificamente no Taylorismo, foram apropriadas pela arquivística, a fim de estabelecer uma gestão documental seletiva, prudente e racional desde a produção, tramitação, uso, avaliação e arquivamento dos documentos em todas as fases do ciclo de vida, visando a sua eliminação ou guarda na fase permanente. Assegurar, de forma eficiente, a produção, administração, manutenção e destinação dos documentos; garantir que a informação esteja disponível quando e onde seja necessária ao governo e cidadãos e/ou usuários; assegurar a eliminação somente dos documentos que não tenham valor administrativo fiscal, legal ou para pesquisa científica ou demanda aos direitos sociais e contribuir para o acesso e preservação dos documentos que mereçam guarda permanente por seu valor histórico ou informativo. (INDOLFO, 2013, p. 46).

Um programa integral de gestão de documentos se ocupará de tudo o que sucede aos documentos de uma organização através de seu ciclo de vida, isto quer dizer, desde o “nascimento”, passando pela vida ativa e produtiva como meio de cumprir com as funções da organização, até a “morte” ou destruição, quando tenham cumprido com todas as finalidades pertinentes, ou a “reencarnação” como arquivos, se possuírem valores que justifiquem sua conservação, independente do suporte, além de valorizar a avaliação que nada mais é (e muito útil dentro da gestão de documentos) que um processo de análise e seleção de documentos que visa estabelecer os prazos de guarda e a destinação final dos documentos. (INDOLFO, 2013, p. 56).

Fundamental fortalecimento da área veio com a publicação da Norma ISO 15489:2001 *Information and Documentation – Records Management*. Esta é a primeira Norma ISO na área de documentação e informação que volta a atenção para os processos que garantem um sistemático controle da produção, uso, manutenção e eliminação de documentos. Ela é aplicável a todo documento de arquivo, independentemente do suporte material e da entidade produtora, e oferece um conjunto de elementos, requisitos e metodologia que faz com que os gestores das organizações e os profissionais responsáveis pela gestão da informação

implantem e desenvolvam programas de gestão de documentos, que deem base para as tomadas de decisões e atividades desenvolvidas nas administrações das entidades.

A avaliação tem por finalidade a análise e seleção dos documentos, visando estabelecer prazos para sua guarda nas fases corrente e intermediária e sua eliminação final, entende-se, eliminação ou recolhimento para guarda permanente. Assim, nenhum documento deve ser conservado por tempo maior que o necessário às demandas ou finalidade que foi gerado, e dessa forma a racionalização do ciclo documental será alcançado, desde que se reduza o volume documental ao necessário e conseqüentemente, haja uma melhora na recuperação da informação, controle da produção documental, aproveitamento e qualificação dos recursos humanos e materiais, garantia de condições de conservação documental de valor permanente (patrimonial) e ampliação do espaço físico para arquivamento dos documentos, além de devidamente climatizados. Todas as dificuldades de se aplicar ou implementar avaliação nos órgãos públicos ou da administração pública, ocorre pela ignorância e desvalorização da importância, finalidade e objetivos da mesma, ou seja, na ausência de tudo que foi dito acima, além da ausência de leis que norteiem e viabilizem a gestão de documentos no âmbito público. (INDOLFO, 2013, p. 56-59).

Reexaminar, reordenar, retificar, ou *intervir* é a capacidade que a memória garante a sociedade por meio do conhecimento e análise crítica do que se passou, mediante previa conservação de tais fatos. Por isso, para alguns historiadores a avaliação é aceitável por acreditarem que ela possibilita conservar tudo. Mas, outros entendem que o mérito da avaliação está em conservar o necessário, pois se tudo fosse guardado se perderia em si mesmo e não se conservaria nada. Logo, os estoques informacionais dos arquivos públicos, tendem a ser considerados como parte de uma memória coletiva tomada como produto, e não como processo. Essa memória é frequentemente identificada sob a noção de patrimônio documental arquivístico. Compostos por acervos, mediante critérios teóricos e políticos pouco explicitados, os arquivos públicos, geralmente, promovem a monumentalização dos seus documentos ou memória social.

A Avaliação é um elemento vital da gestão de documentos ao permitir a racionalização do fluxo documental nas fases corrente e intermediária visando a guarda adequada dos documentos em fase permanente, é algo relativamente novo, pois durante muito tempo instituições e pessoas decidiram preservar a documentos que garantissem ou testemunhassem seus privilégios e direitos. Mais recentemente, em especial com o crescimento do volume documental (século XX) entende-se a necessidade da gestão de documentos e avaliação,

quando documentos bem geridos servem de instrumento ou prova de determinadas ações e são alheios a um eventual uso secundário que deles se possam fazer. Esse caráter instrumental faz-se acompanhar de outros traços marcantes [como] a extrema proximidade que mantém com a ação de que se originaram. Camargo alerta que o processo de avaliação tem colaborado, muitas vezes, para romper “o circuito fechado” existente entre o uso instrumental e o de pesquisa. Esse rompimento pode, inclusive, resultar na perda da autenticidade dos documentos de arquivo, “transformando o arquivo num centro de documentação ou memória”, quando na verdade sua efetividade não se manifesta apenas na fase permanente, mas se estende por todo ciclo vital. (INDOLFO, 2013, p. 69).

Os arquivos refletem as conquistas ou contextos administrativos e sociais que o compuseram, sejam eles de caráter civil (direitos individuais, de imprensa, de pensamento e fé, entre outros), político (direito de participar no exercício do poder político, seja como um membro investido de autoridade ou como um eleitor) e social (desde um direito mínimo de bem estar econômico e de segurança (alimentação, saúde e habitação), ou de participar da herança social (de levar a vida de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade). “Nessa perspectiva, Montviloff (1990) expõe que as finalidades de uma política nacional de informação são o acesso às informações, aos conhecimentos especializados e as técnicas disponíveis, todos elementos destinados ao desenvolvimento, que devem interagir, estreitamente, com as políticas de bibliotecas e arquivos e, também, com as políticas de informática e de telecomunicações. [...] “As políticas de informação são programadas para encontrar as necessidades e regular as atividades dos indivíduos, da indústria e do comércio, de todos os tipos de instituições e organizações, e de governos nacionais, locais ou supranacionais. Devem regular a capacidade e a liberdade de adquirir, possuir e guardar a própria informação, usá-la e transmiti-la. (INDOLFO, 2013, 109-110).

O olhar econômico que estuda as indústrias e os mercados da informação, o olhar administrativo, que se ocupa da gestão de serviços e dos fluxos de informação nas organizações, a noção de políticas públicas de informação adotada por Jardim, apresenta-se como conjunto de premissas, decisões e ações - produzidas pelo Estado e inseridas nas agendas governamentais em nome do interesse social – que contemplam os diversos aspectos (administrativo, legal, científico, cultural, tecnológico, etc.) relativos à produção, uso e preservação da informação de natureza pública e privada. Pode-se salientar que a informação é enxergada cada vez mais com olhar comercial, um negócio lucrativo para as empresas e Estado, a partir do princípio de que informação é poder. Poder de decisão e negociações

políticas e administrativas, como também empresariais, que na era na informatização, do eletrônico que produz e controla informação com qualidade está sempre em vantagem. Dessa forma, principalmente na esfera pública, não se desconsidera o interesse social da informação no exercício da cidadania. Informação produzida e/ou gerada nas instituições governamentais, além de subsidiar os atos ou atividades dos poderes ou autoridades são de posse da sociedade, seja para fins, culturais, legais, científicos ou pessoais. Por esse motivo, Jaén Garcia (2001, p. 3) considera “imprescindíveis” para um Estado de direito as leis sobre questões arquivísticas, uma vez que elas “ordenam a aplicação das normativas nos arquivos”, além de determinarem o valor legal, administrativo, fiscal, informativo e cultural dos documentos. Dessa forma, sua definição de legislação arquivística apresenta-se “como um conjunto de leis que normalizam e controlam as políticas arquivísticas de um país”, favorecendo a modernização dos arquivos, garantindo e respaldando todos os processos vinculados ao tratamento da documentação. Para o autor, contudo, “longe de ser um fim em si mesma”, a legislação se constitui em um meio para alcançar fins administrativos e culturais”. (INDOLFO, 2013, p. 118).

A legislação arquivística é parte indissociável e primeira de toda política de gestão de documentos que, num país, se concretiza em uma política nacional de arquivos. Porém, leis de arquivos sem política de arquivo, não serve de muito, porque se faz necessária uma política nacional de arquivos cujos componentes são a legislação e sua regulamentação, os recursos (humanos, materiais e financeiros) e um programa de ação. Faz-se imprescindível também, no que tange a políticas arquivísticas, algumas definições sobre o que é arquivo, documento de arquivo (público ou privado), gestão de documentos, direito de inspeção, avaliação e eliminação; acesso, para esclarecer o administrador e usuários sobre a relevância do arquivo, além de uma maior participação ou vontade por parte das autoridades em fomentar, adotar e aplicar legislações arquivísticas em órgãos públicos, servindo de referência. (COUTURE, 1998, p. 1-2 e INDOLFO, 2013, p. 119).

O momento que vivemos é de uma interação informacional a nível mundial, onde a produção, troca, compartilhamento e/ou acesso a informação, ou seja, o fluxo informacional, ganha dimensões cada vez maiores, em todas as áreas e demandas, de acordo com vários perfis de usuários. Logo, a necessidade de controlar e normalizar a produtividade, a interatividade, a disponibilidade e, logicamente, o acesso às informações torna-se imprescindível. No âmbito arquivístico, a aplicação das normas, segundo Beyea (2007, p. 32) significa “as boas práticas, códigos, diretrizes, manuais” até as “normas técnicas”, uma vez que “as normas informam, guiam ou prescrevem atividades”, devendo ser desenvolvidas

baseadas em uma necessidade identificada por meio de pesquisas, e isso garante informação confiável, em tempo hábil e acessível ao usuário, em outras palavras, informação bem gerida. Em 1991, a Lei nº 8.159 instituiu a Política Nacional de arquivos públicos e privados e dispôs claramente sobre o dever do Poder Público de cuidar da gestão documental e da proteção a documentos de arquivos. A Lei trouxe os conceitos de arquivos públicos, arquivos privados, tratou da organização e administração de Instituições Arquivísticas Públicas e do acesso e do sigilo dos documentos públicos, um grande avanço para a Arquivologia como disciplina ou ciência no nosso país.

A gestão de documentos proporciona benefícios às instituições e à recuperação dos documentos produzidos e recebidos, controlando assim, o fluxo da massa documental, evitando acúmulo de documentos sem valor de guarda, que devem então, serem eliminados. A existência de um plano de classificação de documentos; o uso da tabela de temporalidade em toda a instituição; o processo de avaliação documental utilizado; identificando as condições físicas de armazenamento dos documentos no arquivo, são objetivos pretendidos com um programa de gestão documental efetivo e eficiente, além de leis e políticas arquivísticas criadas, reconhecidas e devidamente aplicadas pelas autoridades públicas em órgãos públicos, servindo de referência também para as instituições privadas. A Lei de Acesso a Informação (LAI) contribuiu pra que as autoridades e órgãos públicos vislumbassem a importância da gestão documental tendo como um dos objetivos o acesso a informação relevante á administração pública e cidadania, respeitando o grau de sigilo da mesma, é claro. Acesso a informação, governamental ou pessoal de modo legível ou compreensível é direito concedido por lei.

CAPÍTULO 3. PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Na chamada era da informação, na qual vivemos e onde percebemos cada vez mais o surgimento de novas tecnologias e sua evolução, torna-se evidente a participação dos arquivos, não somente por registrarem essas inovações e avanços, bem como servirem de fonte de pesquisa seja científica, seja social, seja para tomada de decisão em âmbito privado ou público. Nesse contexto toda gama conceitual da Arquivologia contribui para a gestão das informações relevantes e se estabelece como uma disciplina autônoma, ainda que dialogue com outras como direito, história, tecnologia da informação, entre outros. Assim, os Arquivos como unidade de informação tem participação relevante, pois atende às necessidades de utilização, geração e transferência de informação de determinada área, oferecendo informações que possam agregar valor às atividades desenvolvidas no contexto em que se inserem, adicionados os princípios de transparência administrativa e a participação cidadã, por meio do acesso eficiente.

Uma das questões imprescindíveis no que diz respeito a informação ou melhor o ato/ação de informar é o acesso. Dar acesso permeia a necessidade de gerir bem todos esses dados. Logo, a Gestão de Documentos se mostra como recurso facilitador para que desde o “nascimento” ou criação do(s) documento(s) (no caso, arquivístico, ou seja, conjunto de documentos orgânicos acumulados no curso de uma atividade, composto de documentos únicos, originais e autênticos, inter-relacionados e organizados em multiníveis, dentre outras), passando pela tramitação, uso, armazenamento ou arquivamento e preservação, todo potencial probatório inerente aos mesmos seja mantido e devidamente compreendido e acessado (respeitando os graus de sigilo: **25 anos** para as informações **ultrassecretas**. O prazo de classificação da informação classificada como ultrassecreta pode ser prorrogado uma única vez por igual período; **15 anos** para as informações **secretas**, sem possibilidade de prorrogação; **5 anos** para as informações **reservadas**, sem possibilidade de prorrogação. O prazo de sigilo é contado a partir da data de produção da informação, e não de sua classificação.) Esta eficiência no acesso, também se estende aos arquivos hospitalares, que refletem diretamente nos prontuários médicos, entre os profissionais de saúde e instituições de saúde, pois além de conterem o histórico clínico dos pacientes, os mesmos são fonte de pesquisa científica, sanitária, entre outros. Desta forma, os PEP (Prontuário Eletrônico do Paciente) baseiam-se na integração da informação. Assim, uma vez coletada a informação, ela é registrada em um determinado formato para fins de armazenamento e tal registro passa a ser

fisicamente distribuído entre os hospitais, agências de seguro-saúde, clínicas, laboratórios e demais setores envolvidos, sendo compartilhado entre os profissionais de saúde, de acordo com os direitos de acesso de cada um. Hoje, além da integração, um dos requisitos básicos é a interoperabilidade, que é a habilidade de dois ou mais sistemas computacionais trocarem informações, de modo que a informação trocada possa ser utilizada (MARIN, 2010, p. 29).

Por um lado quando tratamos de acesso á informação, falamos de informação bem gerida, controlada, compreensível ou inteligível e acessível. Mas, por outro lado enfrentamos o ponto bem delicado: o direito a privacidade e intimidade:

Na realidade por ser muito tênue a linha divisória entre a liberdade de informação e o respeito à intimidade, torna-se quase impossível estabelecer a priori qual dos dois direitos deve prevalecer, indicando o bom senso que, na maioria das vezes, as soluções devem ser buscadas no exame de cada caso. Penso, contudo, que sempre que a informação seja necessária ao exercício do bem comum, o interesse público deve prevalecer (COSTA, 1998, p. 195).

Como dito anteriormente, a Gestão de Documentos é um importante recurso para um acesso efetivo e eficiente á informação, aos documentos arquivísticos, já que garantir o acesso a informação vai muito além da prescrição de normas jurídicas para a regulamentação do direito, faz-se necessária a adoção de uma política arquivística que adote a Gestão de Documentos como ferramenta primordial para garantia do acesso às informações. Os *metadocumentos* (àqueles produzidos para a recuperação da informação), são úteis para acessar as informações, são opções práticas e mais convencionais para isso: guias, índices, vocabulário controlado, tabela de temporalidade, plano de classificação, etc. E, acerca da representação da informação arquivística, esta pode ser de dois tipos: descritiva e temática. A representação descritiva enfatiza as propriedades físicas do documento, como: autor, data, local de publicação, etc. Já a representação temática se propõe a identificar os conceitos abordados no documento. (NASCIMENTO, 2014, p. 64).

As instituições de saúde, assim como as demais instituições que não são voltadas para a saúde, produzem um volume e diversidade informacional considerável, desde os prontuários, até textos técnico-administrativos, de interesse de diferentes usuários ou público. O Prontuário Nosológico do Paciente¹ ou Prontuário do Paciente, além de conter informações sobre o histórico clínico do paciente, também é uma fonte quase inesgotável para a pesquisa científica e administrativa. O progresso da ciência só é possível, graças à troca de informações que se realiza na maioria dos casos, por meio da comunicação escrita, pois ainda que nos dias atuais,

¹ Área da medicina que se dedica ao estudo, descrição e classificação das diferentes doenças.

o fluxo informacional conte com as novas e avançadas tecnologias (computadores com alto poder de armazenamento, softwares avançados, scanners, etc.), os pesquisadores recorrem, em especial, á fonte escrita ou tradicional. Dentre os vários documentos existentes no Hospital, é o prontuário do paciente (dossiê do paciente), em forma escrita, que possibilitará uma enorme gama de informações:

- Ao Corpo Clínico: um campo vasto de contribuição para o estudo e a pesquisa médica;
- Á Administração: informação de natureza administrativa, contábil e financeira;
- Ao Hospital: meios de defesa legal;
- Ao Paciente: continuidade das observações clínicas de seu estado de saúde e além do valor probatório e legal delas;
- Á Saúde Pública: informações vitais para a preservação da saúde da comunidade.

O prontuário do paciente contém tipos documentais diversos, que variam entre as instituições de saúde, de acordo com a demanda ou tipo assistência, e é o meio seguro de comunicação entre o médico e os outros profissionais da saúde, verdadeiro testemunho do curso da doença do paciente, onde fica registrado o tratamento realizado, os exames feitos e a “base” para a avaliação dos resultados, assim como conteúdo de relevância científica (como dito anteriormente) e importância social, já que através dele, pode-se perceber o contexto social e sanitário de tal comunidade, á partir dos índices, avanços e/ou retrocessos das patologias e, investimentos ou participação do Estado na garantia básica e legal á/da saúde pública. Não negligenciando que o prontuário é composto de informações que se revestem de um caráter sigiloso imposto pelo código de ética médica. (NASCIMENTO, 2014, p.65).

Quadro 1 - Tipos documentais produzidos na atividade médica

Tipo documental	Uso	Definição
Atestado Médico	Registro sobre um fato médico	Documento que registra a expressão de uma <i>verdade</i> sobre um fato de conotação médica, guarda a relação entre o que se verifica por meio do exame clínico e o que é registrado. “O atestado só pode ser entregue pessoalmente ao paciente depois de ele ter sido examinado, e deve obviamente, ser sempre fiel à verdade” (LOUZÃ, 2002, p. 208).
Atestado de Óbito	Registro de um óbito atestado pelo médico, documento essencial para o registro notarial do óbito, não se confunde com este.	Também denominado <i>declaração de óbito</i> é o documento cujas finalidades transcendem os efeitos civis, além dos dados estatísticos que representa, é um importante documento de controle sanitário. “Instrumento de grande valor em epidemiologia, demografia e administração sanitária” (LAURENTI, 1993 ³⁶ <i>apud</i> LOUZÃ, 2002, p. 208).
Boletim Médico	Registro das informações sobre as condições do paciente.	Veículo de comunicação social usado para difusão sobre o estado de saúde de um paciente. Sua emissão é regulado pela Resolução CFM nº 1.974/2011 ³⁷ .
Comunicações Médicas Obrigatórias (Notificações)	Difusão compulsória a Autoridade de informações relativas a fatos correlatos, indiretamente relacionados à	São comunicações compulsórias feitas pelos médicos às autoridades competentes de um fato profissional, por necessidade social ou sanitária, como acidentes de trabalho, doenças infecto-contagiosas [<i>sic.</i>], uso habitual de substâncias entorpecentes ou crimes de ação pública ³⁸ de que tiverem conhecimento e que não

	prestação da assistência à saúde.	exponham o cliente a procedimento criminal (FRANÇA, 1998, p. 10). Louzã (2002, p. 210-211) elenca, ainda, os seguintes casos: <i>comunicação de doença de notificação compulsória e comunicação das doenças profissionais e das produzidas por condições especiais de trabalho</i> .
Ficha Clínica	Instrumento de trabalho do médico	As fichas são instrumento de trabalho do médico, ficam sob sua guarda, pertencem a ele, mas são decorrência da relação médico-paciente, que é personalíssima (LOUZÃ, 2002, p. 203).
Laudo Médico-Legal	Parecer sobre questões relativas a fatos de conotação forense.	Documento que registra a atividade de perícia médico-legal e as conclusões do(s) perito(s). Perícia médico-legal é a atividade demandada por autoridade policial ou judiciária com vistas a obter do médico um parecer sobre questões relativas a fatos do âmbito forense. “No caso de não existirem peritos oficiais na localidade, é designado um médico para realizar a tarefa. Por essa razão, é importante que o médico seja capaz de executar essa função, pois mesmo não sendo especialista, ele poderá eventualmente ser designado pela autoridade policial ou judiciária para desempenhá-la” (LOUZÃ, 2002, p. 212).
Parecer Médico	Análise técnica sobre um fato médico	O parecer, diferente do atestado “não depende de nenhum compromisso legal do médico, o seu valor se fundamenta no prestígio e na competência deste como profissional” (LOUZÃ, 2002, p. 211-212). É uma resposta a uma consulta sobre um tema específico para esclarecimento de dúvidas.
Prontuário do paciente	Registro da prestação da assistência à saúde do paciente	Conjunto de documentos padronizados, destinados ao registro da assistência prestada ao paciente desde a sua matrícula à sua alta” (CARVALHO, 1992 ³⁹ , <i>apud</i> . LOUZÃ, 2002, p. 204).
Receitas Médicas	Prescrição da medicação e posologia além de outras orientações ao paciente. - Receituário comum – para prescrição de medicamentos que são comercializados sem o regime de controle. - Receituário especial – destinado à prescrição de medicamentos comercializados sob o regime de controle na forma da Lei nº 5.991/73 ⁴⁰ .	“A receita ou prescrição médica é um documento que historicamente se faz necessário, à medida em que o médico deixou de elaborar seus medicamentos – tarefa que passou para os farmacêuticos” (LOUZÃ, 2002, p. 204). As receitas são produzidas a partir do receituário e cada tipo de receita obedece ao tipo de receituário: “Receituário comum; o receituário com a cópia carbonada e a restrição na quantidade de medicamentos prescritos; a notificação de receita B, impressa pelo médico, com a numeração fornecida pela autoridade sanitária, e com restrições quanto à quantidade de medicamentos prescritos; e, finalmente, a notificação de receita A, fornecida pela autoridade sanitária e também com restrições quanto à quantidade de medicamentos prescritos (LOUZÃ, 2002, p. 207).

Fonte: RODRIGUES, 2014, p. 68

Estamos no século XXI, onde a informação criada, gerida e transmitida ou acessada em meio digital “soa” bem natural e costumeiro. A produção e gestão de prontuários não poderia ignorar tal realidade, por isso, cada vez mais há um esforço dos estudiosos em produzirem literatura que embase o tratamento (e preservação) deles, seja em formato

convencional, seja no digital (em especial, por ser um recurso não muito dominado ainda), a fim de que as informações contidas neles estejam mais rapidamente acessíveis e compartilhadas entre os profissionais de saúde e entre os órgãos/organizações de saúde. Assim, seja para fins de tratamento do paciente, administrativo, científico ou educacional, tais informações estarão sempre disponíveis independentemente do suporte. Moraes e Salies (2009, p. 429) privilegiam a importância para o desenvolvimento da educação e ensino científico:

O prontuário do paciente é o registro do fazer, da experiência vivida por profissionais, cujas condutas adequadas e eficazes ensinam e educam novos profissionais”. [...] Apesar de todas estas considerações, tanto o CONARQ quanto o CFM, que adotam uma mesma definição para *prontuário do paciente* privilegiam quase todos os aspectos indicados na literatura. [...] prontuário do paciente é o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens em qualquer suporte, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada a ele, de caráter sigiloso e científico que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (CFM, 2002, p. 184).

Pode-se afirmar que o prontuário do paciente é um documento arquivístico produzido, tramitado e armazenado em formato convencional ou digital.), possui características intrínsecas, como **unicidade** ("não obstante forma, gênero, tipo ou suporte, os documentos de arquivo conservam seu caráter único, em função do contexto em que foram produzidos". (BELLOTTO, 2002, p. 21). Ou seja, documentos duplicados não são necessariamente o mesmo.), **organicidade** (Se um arquivo é formado por um conjunto de documentos que se originam de ações articuladas em prol da missão de uma entidade, tem-se que ele resulta em um todo orgânico cujas partes são inter-relacionadas de modo a fornecer o sentido do conjunto.) e **autenticidade** (refere-se à veracidade do conteúdo de um documento de arquivo como prova perante a lei e de uma questão arquivística, pois nela está implícita a manutenção da integridade do fundo de arquivo.); e fases: corrente, intermediária e permanente, ou seja, se atende a continuidade da assistência prestada ao paciente ou já não mais, servindo apenas à pesquisa científica (biomédica e da saúde e também às ciências sociais e humanas). É importante salientar que os graus de sigilo (graus de sigilo: **25 anos** para as informações **ultrassecretas**. O prazo de classificação da informação classificada como ultrassecreta pode ser prorrogado uma única vez por igual período; **15 anos** para as informações **secretas**, sem possibilidade de prorrogação; **5 anos** para as informações **reservadas**, sem possibilidade de prorrogação. O prazo de sigilo é contado a partir da data de produção da informação, e não de sua classificação.) devem ser respeitados,

assim como as pessoas autorizadas a acessá-los de acordo com esses graus: médico, equipe médica, paciente ou pessoa/parente autorizado pelo mesmo, ou ainda pesquisador (assinando termo de responsabilidade, para que nenhuma informação desnecessária à pesquisa, à ciência e ao bem social, logo inapropriada ou irrelevante, seja propagada ou compartilhada, copiada e utilizada). “as informações pessoais não podem ser comunicadas sem o consentimento do indivíduo. Contudo, a lei autoriza a divulgação de informações pessoais na posse dos organismos federais ou provinciais em determinados casos específicos, como trabalhos de *investigação* (grifo nosso) ou de estatística. O requerente deve todavia provar a necessidade deles e comprometer-se por escrito a abster-se de qualquer comunicação posterior das informações, caso estas permitam a identificação das pessoas visadas (ROUSSEAU e COUTURE, 1994, p. 168).

Por muito tempo existiu a ideia de que a informação em saúde tinha apenas uma finalidade estatística ou “médico-sanitária”. Mas com o advento de novas tecnologias, crescimento do volume documental e do fluxo da informação, o próprio conceito de informação se tornou algo amplo, passível de adequar-se às diferentes áreas e ênfases pretendidas. O cenário hospitalar não destoou disto, na medida em que passou a compreender que informação (bem gerida e legível) em saúde tem caráter administrativo, de assistência ao paciente (prontuários), de pesquisa científica, histórica e social, de auditoria, processos éticos e legais, além da estatística e de análise sanitária. “A importância desses documentos como componentes de arquivos é tão expressiva, que o CONARQ através da portaria nº 70/2002, reeditada pela Portaria nº 93/2010 cria a Câmara Setorial de Arquivos de Instituições de Saúde com a finalidade de “realizar estudos; propor diretrizes e normas no que se refere à organização, à guarda, à preservação, à destinação e ao acesso de documentos integrantes de arquivos de instituições de saúde”. Em linhas gerais, os arquivos de instituições de saúde têm possibilidades de usos que vão muito além do ambiente hospitalar. Ferreira, Fidelis e de Lima (2009, p.355) ao defenderem a dinamização e organização dos arquivos de instituições de saúde, sintetizam as possibilidades de uso presentes nos arquivos de prontuários do paciente: Sendo assim, o prontuário deve ser organizado para prestar serviços ao paciente, ao corpo clínico, à administração do hospital e à sociedade, servindo como instrumento de consulta, avaliação, ensino, pesquisa, auditoria, estatística médico-hospitalar, sindicância, prova de que o paciente foi ou está sendo tratado convenientemente, investigação epidemiológica, processos éticos e legais”. (NASCIMENTO, 2014, p. 78).

O êxito de uma consulta ao prontuário ou arquivo, quer para tratamento ou acompanhamento do paciente, quer para pesquisa, dependerá muito do fiel e legível preenchimento das informações relativas às consultas, patologias, exames, cirurgias, etc., nos prontuários. Nesse sentido, cabe aos profissionais da equipe de multidisciplinar de saúde a responsabilidade de fazê-lo. Desta forma, seja qual for o usuário e sua demanda tais informações serão de fato eficientes. Baseado nisso, percebe-se que:

Atualmente estes estudos tem se apoiado em vários campos do saber principalmente nas ciências sociais além da psicologia, economia e outras. Ao mesmo tempo, os estudos de usuários da informação tem privilegiado o papel do usuário no processo de transferência da informação conforme salienta Sá (2005): O usuário possui um papel de destaque na transferência da informação arquivística, enquanto que nos primórdios da existência dos arquivos ele era visto como uma questão secundária, atualmente ele é um dos sujeitos no processo de transferência da informação arquivística (SÁ, 2005, p. 64).

A transparência (legível e/ou acessível) da informação caminha lado a lado com a transferência da informação (divulgação, onde e como encontrar a informação). “No caso dos arquivos, a transferência da informação se processa a partir do acesso ao documento, ”Vemos a Transferência da Informação em um arquivo, como um processo que se inicia com o recebimento de um documento até a divulgação de seu conteúdo. Mas é através do aspecto contextual da informação, que é posta a questão de sua transmissão e de seu aproveitamento pelo público, mesmo considerando a parcela inerente de incerteza ligada ao uso efetivo e à validade da informação transferida (GUIMARÃES E SILVA, 1996, p. 67). No que se refere à transferência da informação o acesso à informação é essencial, mas não a mesma coisa. Acesso à informação não é sinônimo de transferência da informação, isso quer dizer, não basta que se dê o acesso à informação, se faz necessário que essa informação esteja minimamente organizada, tipificada, quantificada e qualificada em instrumentos de acesso para que o usuário, a partir de uma necessidade informacional, saiba onde ir para buscar o que está disponível e possa saber o que pedir.” (NASCIMENTO, 2014, p. 85).

As tecnologias de Informação e Comunicação – TICs têm revolucionado a forma de produção, uso e transferência da informação, em vários campos do saber, seja na Biblioteconomia, Ciência da Informação, Comunicação, Arquivologia, Museologia e outros, dando “origem” ao novo perfil de usuário: O usuário virtual. Dessa tendência surgem propostas de construção de sistemas informatizados para a produção e uso dos prontuários do paciente em meio eletrônico, visando a contribuição para a concepção e aperfeiçoamento dos

sistemas de informação em saúde, principalmente nos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos denominados prontuários do paciente.

Faz-se necessário abordar, dentro do âmbito da saúde e dos arquivos médicos, a respeito do Serviço de Arquivos Médicos e Estatística (SAME) e sua criação. Mas, antes disso, dizer que ao longo dos séculos, o ser humano buscou se comunicar e expressar, o que a princípio era possível, apenas, através da fala, mediante boa memorização ou pela representação (pintura rupestre). Entretanto, o discurso oral não atendia mais á necessidade de comunicar, representar, como também registrar as informações oriundas do convívio interpessoal e com a natureza, como atividades ligadas ao trabalho, rituais e etc. O que levou á criação da escrita, uma nova tecnologia que permitia outras formas de manipular a informação. Assim, desde que o ser humano passou a registrar suas relações sociais, os arquivos existem; constituem e preservam a memória das Instituições e pessoas. Da escrita, em diferentes tempos, surgiram inúmeras formas de registrar a informação: através de signos, códigos, fonemas; em diferentes suportes, como tábuas de argila, couro, papiro, jornais, software, entre outros. Briggs e Burke (2004, p. 53) afirmam que é tema recorrente na história cultural que, quando aparece um novo gênero ou meio de comunicação [...], os anteriores não somem. O velho e o novo [...] coexistem e competem entre si até que finalmente se estabeleça alguma divisão de trabalho ou função.

Sendo assim, os arquivos tinham 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 rastreá-los 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.

Subordinado à divisão ou setor administrativo do hospital, o SAME tem por finalidade:

- Zelar pela ordenação, guarda e conservação dos prontuários do paciente;
- Centralizar todos os registros em um prontuário único, facilitando o tratamento, diagnóstico e prognóstico da equipe médica ao paciente;
- Contribuir para o progresso constante da medicina;
- Cooperar com os demais serviços do hospital;
- Fornecer à administração do hospital elementos necessários para a compreensão do seu real valor para a comunidade.

Sua importância está em:

- Ser imprescindível ao hospital porque estimula e avalia o trabalho do profissional como também o grau de eficiência do hospital;
- Conscientiza o corpo clínico das vantagens que um prontuário claro, completo e conciso traz para o ensino, a pesquisa e para o tratamento médico, além de fornecer dados necessários para análise dos resultados finais;
- Fornece dados estatísticos;
- Fornece dados à Saúde Pública; e
- Serve de fonte de consulta para trabalhos científicos, pesquisas e outras informações às diversas áreas do conhecimento.

Quanto à localização:

- Próximo à entrada principal do hospital, em função de:
- Funcionalidade e distribuição lógica e adequada das áreas de trabalho, e
- Facilitar a comunicação entre os serviços e transporte rápido dos prontuários entre os serviços (atendimento, exame, laboratório, etc.) e as áreas de tratamento médico;
- Previsão de área para equipamento e pessoal, ou seja, “tamanho” adequado para comportar os documentos, profissionais e usuário.

Quanto às instalações:

- Em função/de acordo com o tamanho do hospital;
- Evitar paredes por onde circulem canos de água, ou área inadequada perto dos arquivos, como janelas, protegendo os mesmos das exposições do clima: chuva, vento, sol, calor, umidade.
- Evitar estantes de madeira (material orgânico, passivo de aparecimento de fungos e cupins);
- Iluminação apropriada, principalmente na área de arquivamento, e
- Refrigeração controlada.

Quanto aos equipamentos:

- Arquivos e fichários de aço;
- Estantes de aço graduadas (prateleiras);
- Computador (es);
- Scanners e copiadoras;
- Carrinho para transporte dos prontuários;
- Etc.

O SAME tem “ligação” com os serviços de Estatística (que o integra), responsável por apresentar resultados diários, mensais ou anuais do movimento dos pacientes registrados no hospital, apresentar estatística do movimento dos serviços complementares de diagnóstico e tratamento: radiologia, laboratório, etc.; Informar sobre os tipos de doenças tratadas; e avaliar através de coleta de dados, a eficiência do hospital; bem com o serviço de Registro Geral, responsável por atender aos doentes que procuram o hospital para consulta, registrá-los e encaminhá-los aos respectivos ambulatórios ou interná-los, se for o caso, manter o controle rigoroso da movimentação e do estado de saúde de todos os pacientes: movimentação dos ambulatórios, internações, altas, óbitos, nascimentos e transferências nos vários setores; fornecer informação sobre o estado de saúde dos pacientes, por telefone, carta ou a quem procurar pessoalmente; e controlar as visitas e distribuir cartões de ingresso às famílias ou interessados.

O SAME ou também e/ou popularmente conhecido, Arquivo Médico é responsável (como dito anteriormente) por controlar, conferir, ordenar e arquivar todos os prontuários médicos (ou prontuário do paciente); fornecer dados ou informações necessárias ao preenchimento de atestados ou documentos de caráter legal; fornecer, sob controle, os prontuários ao corpo clínico, com a finalidade de estudo ou de pesquisa; arquivar os prontuários; fornecer aos hospitais interessados, informações sobre diagnóstico e tratamento a que se submeteu o paciente; enviar o prontuário para o ambulatório, dando continuidade ao tratamento do paciente, ou para internação; e verificar se os prontuários dos pacientes estão sendo devidamente preenchidos.

Sobre o prontuário do paciente, 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 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. (FRANÇA, 2014, p. 25).

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. (FRANÇA, 2014, p. 25).

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, mostrando de forma resumida a origem do prontuário do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho buscou-se trazer em pauta as questões que envolvem os arquivos de instituições de saúde, apontando que uma maior participação dos profissionais e teóricos, não deve ficar restrita somente aos da saúde (ou exclusivamente aos médicos) e aos da informação, já que a saúde e particularmente o prontuário do paciente é de interesse de toda a equipe responsável pela prestação do serviço de saúde, equipe esta de composição multiprofissional e de toda a sociedade e não apenas ao contexto hospitalar, pois evidencia as ações do governo neste setor crucial para a sociedade, além de garantir direitos, produção de conhecimento e exercício da cidadania, portanto, um assunto ou tema que merece maior discussão e pesquisa, mediante ampliação do conceito de saúde submetida ao conceito de seguridade social.

Investimento na devida locação e estruturação do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) –, aproveitamento ou contratação de profissionais qualificados em Arquivologia, além da apropriação dos princípios e leis que norteiam a área (Gestão de Documentos e Avaliação; Lei de Acesso à Informação – LAI etc.) aplicando-os aos prontuários, é indispensável para a administração das Unidades de Saúde, assim como, gestão eficaz dos documentos e acesso à informação de forma ampla, transparente e consistente. Desenvolver e implementar políticas públicas e arquivística (por parte das autoridades e órgãos competentes), para a execução dos procedimentos do “arquivo médico”, embasadas em concepção e estratégias, que culmina em ações concretas e na distribuição e alocação de recursos, não só os orçamentário-financeiros como também os humanos, materiais e tecnológicos deve ser realizado com urgência.

REFERÊNCIA

BELLOTTO, Heloisa Liberalli. **Arquivos permanentes: tratamento documental**. Rio de Janeiro: 4. ed. Editora FGV, 2007.

COSTA, Célia Maria Leite. Intimidade versus interesse público: a problemática dos Arquivos **Revista Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, nº 21. 1998. p. 189-199.

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**. Monografia (Graduação em arquivologia) – UFPB/CCSA. João Pessoa: UFPB, 2014. 58f.:il.

FRANCISCO, Wagner de Cerqueira e. "Taylorismo e Fordismo"; *Brasil Escola*. Disponível em <<http://brasilecola.uol.com.br/geografia/taylorismo-fordismo.htm>>. Acesso em 24 de junho de 2017.

GUIMARÃES E SILVA, Junia G. C. **Socialização da informação arquivística: a viabilidade do enfoque participativo na transferência da informação**. 1996, 93 p. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Programa de Pós Graduação em Ciência da Informação. Convênio CNPq/IBICT - UFRJ/ECO, Rio de Janeiro, 1996.

INDOLFO, Ana Celeste. **Dimensões político-arquivísticas da avaliação de documentos na Administração Pública Federal (2004-2012)**. Tese (Doutorado em Ciência da Informação). Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Comunicação, Rio de Janeiro, 2013. 312 f.: il. color.; 30 cm.

INDOLFO, A. C. Gestão de documentos: uma renovação epistemológica no universo da arquivologia. **Arquivística.net**, v.3, n.2, p. 28-60, 2007. Disponível em: <<http://basessibi.c3sl.ufpr.br/brapci/v/a/5190>>. Acesso em: 16 Jun. 2017.

MARIN, Heimar de Fátima; MASSAD, Eduardo; AZEVEDO NETO, Raymundo Soares. Prontuário eletrônico do paciente: definições e conceito. In: _____ (Org.). **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: Heimar de Fátima Marin, 2003. p. 1-15.

MORAES, Margareth Farias; SALIES, Luciene. Gestão de acesso ao prontuário do paciente. In: DUARTE, Zeny e FARIAS, Lúcio (Org.). **A medicina na era da informação**. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 427-442.

NASCIMENTO, Francisco José Tavares do. **O acesso nos arquivos de instituições de saúde: entre o direito à informação e o direito à privacidade (2013-2014)**. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Documentos e Arquivos) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014. 149 f.: 30 cm.

RODRIGUES, Ana Célia. **Gestão de documentos: uma abordagem conceitual**. In: SEMINÁRIO “OS ARQUIVOS E A GESTÃO ARQUIVÍSTICA NA ERA DIGITAL: DESAFIOS E SOLUÇÕES”, 2007, Belo Horizonte. Palestras. Belo Horizonte: EJEF/TJEMG, 2007. Disponível em: http://www.ejef.tjmg.jus.br/home/files/publicacoes/gest_arqui/palestra_ana_celia_rodrigues.pdf. Acesso em: 20 jun. 2017.

ROUSSEAU, Jean-Yves; COUTURE, Carol. **Os fundamentos da disciplina arquivística**. Lisboa: Publicação Dom Quixote. Tradução: Magda Bigotte de Figueiredo, 1998.

SCHELLENBERG, Theodore Roosevelt. **Arquivos modernos: princípios e técnicas**. Rio de Janeiro: FGV, 1974. 345 p.