

O FLUXO DE INFORMAÇÃO NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES E A GESTÃO DE DOCUMENTOS¹

Josivaldo Soares Ferreira

Bacharel em Arquivologia pela UEPB
soaresjosivaldo@gmail.com

Marli Batista Fidelis

Mestranda em Ciência da Informação pela UFPE
marli.uepb@gmail.com

Maria José Cordeiro de Lima

Professora no curso de Arquivologia da UEPB
mcordeiro16@gmail.com.br

Resumo: A gestão documental dinamiza as atividades de produção, tramitação, classificação, avaliação e arquivamento dos documentos, otimizando tanto o fluxo informacional, quanto toda a rotina administrativa de uma instituição. Partindo desse princípio, esse artigo busca refletir sobre a importância da gestão de documentos aos serviços de informação e ao atendimento nas instituições hospitalares. Em termos metodológicos, o trabalho buscou articular-se com uma abordagem qualitativa, do tipo o exploratório descritivo. Tomamos como espaço empírico o Hospital Paraibano (HP)², no qual aplicamos questionário, como instrumento de coleta de dados, construído na perspectiva mista. Mediante a análise dos dados, percebemos que os serviços de informação do referido hospital tem se realizado de maneira pouco satisfatória, dificultando o atendimento aos usuários/pacientes. Concluímos que a implantação de uma gestão documental na instituição hospitalar se faz necessário, pois concorrerá para a otimização do fluxo de informações e o aperfeiçoamento da assistência médica prestada à população.

Palavras-chave: Gestão de Documentos. Informação Hospitalar. Prontuário. Arquivo Médico.



1 INTRODUÇÃO

Na atualidade, um dos diferenciais que conferem êxito às

¹ Estudo vinculado ao Grupo de pesquisa *Arquivologia e Sociedade/UEPB*.

² Visando preservar a identidade da instituição pesquisada, optamos por chamá-la de Hospital Paraibano (HP).

organizações é o desenvolvimento de suas atividades fundamentado em dados e informações que agreguem valor à estratégia organizacional de maneira a atender as demandas vigentes. A sociedade contemporânea, cada vez mais consciente, tem percebido seus direitos e reivindicado por melhores serviços e transparência nas ações das instituições públicas e privadas.

Essa realidade exige dos gestores uma nova perspectiva gerencial voltada não só as esferas econômicas e políticas, mas também culturais e sociais. É preciso considerar a informação não apenas como símbolos produzidos por determinado gerador, mas principalmente como estruturas significantes propícias à transformação e evolução do homem e da sociedade.

Nessa conjuntura, as instituições hospitalares, enquanto entidades ligadas diretamente à saúde e ao bem estar social, precisam atentar ao gerenciamento adequado de seus repertórios informacionais. Nos hospitais públicos a informação se constitui como componente estrutural e funcional para a prestação de serviços no Sistema Único de Saúde, tanto no que se refere à disponibilização de tratamentos adequados e eficientes, quanto ao atendimento efetivo e humanizado a toda população.

Os dados clínicos gerados em âmbito hospitalar são de suma importância para o efetivo planejamento e organização dos serviços de saúde de modo a dispensar a devida atenção médica à sociedade. Para isso, é necessário que as informações sejam atuais e fidedignas para que possam, através de indicadores seguros, subsidiar investigações que poderão trazer grandes contribuições ao sistema de saúde e a sociedade.

Nesse sentido, a gestão documental se apresenta como instrumento propício a dinamização das atividades de produção, tramitação, classificação, avaliação e arquivamento dos documentos nas instituições hospitalares, contribuindo não só para o gerenciamento dos dados informacionais, mas também na própria administração do hospital. O processo de gestão nas instituições hospitalares se inicia pelo prontuário do paciente, já que são seus dados que alimentam toda a malha informacional.

Partindo desse princípio, este artigo trata da importância

da gestão de documentos como forma de melhorar o fluxo de informação nas instituições hospitalares, no sentido de estabelecer estatísticas confiáveis sobre assistência médica prestada à sociedade. Tomou-se como espaço empírico um dos hospitais mais importantes da Paraíba, aqui denominado Hospital Paraibano (HP). A escolha do espaço empírico se deu devido ao seu pioneirismo na rede pública de hospitais na Paraíba, atendendo, desde 2001, a população paraibana e dos estados vizinhos.

É importante salientar que refletir sobre o fluxo de informação em instituições hospitalares e suas unidades informacionais não se dá fortuitamente. As relações e conexões entre medicina e informação ocorrem em diversas instâncias de maneira ampla e complexa, convidando ciências médicas e ciências da informação ao denso exercício da interdisciplinaridade. É nessa direção que caminha o Medinfor, realizado pela primeira vez em 2008, promovendo reflexão e debate acerca da produção, organização e gestão da informação em medicina. Como fruto dessa articulação tem-se o livro, *A medicina na era da informação*, uma coletânea de trabalhos científicos publicados no evento, dentre os quais um de autoria dos autores desse artigo. O livro-coletânea configura concretamente a interface entre as ciências da informação, como arquivologia, e as ciências biomédicas.

2 OS PERCALÇOS DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

O sistema único de saúde (SUS) compreende um conjunto integrado de ações afirmativas dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos do cidadão relativos à saúde, à previdência e à assistência social. O artigo 198 da Constituição Federal determina que as ações e serviços de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com os princípios e diretrizes contidos II capítulo da lei nº. 8.080, de 19 de novembro de 1990, dentre os quais:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade [...].

Apesar da legislação brasileira promulgar as diretrizes e normas que garantem ao cidadão o direito à saúde como uma necessidade social e fundamental, frequentemente somos bombardeados com notícias sobre a “crise da saúde” e o drama daqueles que não têm poder aquisitivo para recorrer aos serviços oferecidos pela rede privada. Ultimamente, é comum aparecer constantemente na mídia local e nacional tais problemas, como se só agora a opinião pública tomasse conhecimento das dificuldades vividas pelo setor. Será que existe algum exagero da mídia? Os fatos demonstram que não.

O quadro da saúde pública tem se desenhado com diversos problemas, que sobressaltam pelo volume com que crescem a cada dia. Unidades superlotadas, profissionais sub-remunerados, procedimentos defasados, remédios em falta, além de infraestrutura sucateada tornam evidente a situação da rede pública de hospitais e dos postos de saúde no Brasil. Apesar do desenvolvimento e ascensão econômica que ora marcam o país, os relatos e as imagens dessas instituições identificam-no cada vez mais como uma nação subdesenvolvida no que concerne às

questões sociais.

Diante dos problemas que a saúde pública vem enfrentando ao longo dos anos, atentar a um efetivo sistema de informação nas instituições hospitalares é necessidade premente. Viabilizar a qualidade no atendimento e promover o arrefecimento desses problemas depende, em grande medida, do gerenciamento dos repertórios informacionais e da fiscalização dos serviços prestados pelo sistema público de saúde.

Para fiscalizar as ações e os serviços desenvolvidos pelo SUS, existe o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), regulamentado pelo Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Dentre as atividades desenvolvidas pelo órgão constam:

I - à análise:

- a) do contexto normativo referente ao SUS;
- b) de planos de saúde, de programações e de relatórios de gestão;
- c) dos sistemas de controle, avaliação e auditoria;
- d) de sistemas de informação ambulatorial e hospitalar;
- e) de indicadores de morbi-mortalidade;
- f) de instrumentos e critérios de acreditação, credenciamento e cadastramento de serviços;
- g) da conformidade dos procedimentos dos cadastros e das centrais de internação;
- h) do desempenho da rede de serviços de saúde;
- i) dos mecanismos de hierarquização, referência e contra-referência da rede de serviços de saúde;
- j) dos serviços de saúde prestados, inclusive por instituições privadas, conveniadas ou contratadas;
- l) de prontuários de atendimento individual e demais instrumentos produzidos pelos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares;

II - à verificação:

- a) de autorizações de internações e de atendimentos ambulatoriais,
- b) de tetos financeiros e de procedimentos de alto custo;

III - ao encaminhamento de relatórios específicos aos órgãos de controle interno e externo [...].

Através de auditoria no SUS, o SNA, visa a otimização da

prestação dos serviços de saúde e do acesso a esses serviços. Quando na realização de suas atividades, os auditores do referido sistema precisam de informações seguras, fidedignas e acessíveis, como promulgado no Art. 11 do Decreto nº 1.651/1995:

Os órgãos do SUS e as entidades privadas, que dele participarem de forma complementar, ficam obrigados a prestar, quando exigida, ao pessoal em exercício no SNA e à Comissão Corregedora, toda informação necessária ao desempenho das atividades de controle, avaliação e auditoria, facilitando-lhes o acesso a documentos, pessoas e instalações.

A aplicação da gestão de documentos em instituições de saúde mostra-se imprescindível no processo de atendimento tanto aos auditores do SNA, quanto a toda sociedade, vez que regulamentará produção, fluxo e acesso das informações, sejam oriundas de atividades-fim, seja de atividade-meio.

Apesar disso, o que se percebe é que, geralmente, a problemática vigente tem se refletido no fluxo informacional das instituições hospitalares, e vice-versa, tornando incontestável a iminência de implementar uma política de gestão documental nas instituições hospitalares públicas.

3 O FLUXO DE INFORMAÇÃO: A IMPORTÂNCIA DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

As instituições médico-hospitalares são, por essência, organizações produtoras de uma multiplicidade de informações que compreendem, desde os prontuários, até textos técnicos administrativos. Os registros de saúde, dentre os quais o mais importante é o prontuário do paciente, são elementos cruciais ao atendimento dos indivíduos, devendo reunir a informação necessária para garantir a continuidade dos tratamentos prestados.

Os dados informacionais contidos no prontuário do paciente são indispensáveis à realização das atividades médicas. Assim sendo, precisam ser agregados e organizados de modo a subsidiar a tomada de decisão sobre diversos aspectos, mas,

sobretudo, quanto ao tipo de tratamento apropriado às especificidades e necessidades de cada paciente. Um adequado sistema de registro de prontuário fornece dados fundamentais para a administração interna e para prestação do bom atendimento à sociedade, além de proporcionar informações para o planejamento dos serviços oferecidos quanto ao tratamento e estudos epidemiológicos.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) define o prontuário do paciente, conforme o Art. 1º da resolução nº. 1.638/2002, como o 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. Possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência.

As informações registradas no prontuário do paciente vão auxiliar a investigação do estado evolutivo de patologias, a identificação de novos problemas de saúde e as condutas diagnósticas e terapêuticas a serem utilizadas. Além disso, essas informações fornecem elementos para o desenvolvimento de projetos que venham melhorar o sistema de saúde e servir de subsídio para um planejamento estratégico dos gestores públicos no combate as enfermidades que venham a atingir a população.

Silva e Tavares Neto (2007, p.114) afirmam que,

Trata-se, portanto, de um documento de extrema relevância que visa, acima de tudo, demonstrar a evolução da pessoa assistida e, subsequentemente, direcionar o melhor procedimento terapêutico ou de reabilitação, além de assinalar todas as medidas associadas, bem como a ampla variabilidade de cuidados preventivos adotados pelos profissionais de saúde.

É fundamental, portanto, que estejam confluídos nesse documento todos os dados sobre o paciente e os cuidados assistenciais a ele dedicados. Em princípio, se produzido e organizado corretamente, esse documento traz todas as indicações das ações a serem tomadas, o que demonstra seu valor como

documento autêntico para desfazer dúvidas quanto aos procedimentos realizados e quanto às respostas do organismo do paciente.

O Prontuário do paciente reveste-se, portanto, de caráter legal, sigiloso e científico, pois além de possibilitar a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao paciente, poderá subsidiar estudos e pesquisas científicas.

4 ANALISANDO DADOS: SOB PARÂMETROS DA GESTÃO DE DOCUMENTOS

A gestão documental, por viabilizar o uso e acesso da informação, deveria se constituir enquanto base das atividades profissionais e do processo decisório na prática de qualquer instituição seja privada ou pública. Nesta última, como nos hospitais, sua implementação e efetivação torna-se essencial, haja vista a necessidade de atenuar, ou até mesmo dirimir os problemas que assolam a saúde pública. Segundo Indolfo et al., (1993, p. 14),

Gestão de documentos é o conjunto de procedimentos operações técnicas referentes às atividades de produção, tramitação, uso, avaliação e arquivamento de documentos em fase corrente e intermediária visando a sua eliminação ou recolhimento para a guarda permanente.

De acordo com Jardim (1987), a gestão de documentos teve seu conceito teórico e sua aplicação logo após a Segunda Guerra Mundial nos Estados Unidos e no Canadá. Embora no final do século XIX já se utilizavam de alguns procedimentos similares nesses países, foi a gestão de documentos que possibilitou aprimorar o uso e a guarda de documentos nas suas instituições públicas.

Taylor e Gilbreth, visando aperfeiçoar o processo administrativo, aplicam a teoria da administração científica³ com

³ Segundo Chiavenato (2000, p. 7), “Administração Científica é o nome que recebeu por causa da tentativa de aplicação dos métodos da ciência aos

o intuito de racionalizar e modernizar as atividades organizacionais, dando o suporte para a gestão dos parâmetros teórico-metodológicos da gestão de documentos, quando os princípios de racionalização da administração científica são aplicados para resolver problemas informacionais. Desde então, essa ferramenta vem revolucionando e dando um novo fôlego às práticas arquivísticas.

No Brasil, de acordo com Lei Arquivos n. 8.159, de 8 de janeiro de 1991, art. 3.º, a gestão de documentos tem a seguinte definição:

Conjunto de procedimentos e operações referentes à sua produção, tramitação, uso, avaliação e arquivamento em fase corrente e intermediária, visando a sua eliminação ou recolhimento para guarda permanente.

Segundo a Constituição Federal de 1988, art. 216, § 2.º, cabe à “administração pública, na forma de lei, a gestão da documentação governamental e as providências para franquear sua consulta a quantos dela necessitem”. Corroborando com esse preceito, a Lei Federal de Arquivos n.º 8.159/1991, em seu art. 1.º estabelece que é competência do poder público a gestão e proteção especial aos documentos de arquivo, pois são instrumentos de apoio à administração, à cultura e ao desenvolvimento científico e elemento de prova e informação.

Assim, além de registrar suas ações, as instituições públicas devem salvaguardar seus registros informacionais através da gestão de documentos e de políticas de preservação para seus acervos.

Considerando a importância da fluente tramitação da informação hospitalar para o efetivo atendimento à sociedade, realizamos um estudo no Hospital Paraibano (HP) com intuito de verificar se o mesmo possui uma política de gestão de

problemas da administração, a fim de alcançar elevada eficiência industrial.” Tinha como preocupação original “tentar eliminar o fantasma do desperdício e das perdas sofridas pelas indústrias americanas e elevar os níveis de produtividade por meio da aplicação de métodos e técnicas da engenharia industrial”.

documentos. Como metodologia para esse trabalho foi aplicado um questionário semi-estruturado, além do método da observação, com o intuito de investigar e verificar o fluxo de informação da referida instituição.

Inicialmente, buscamos descortinar a forma como os documentos são arquivados, visto que o arquivamento adequado facilita o acesso às informações para que, posteriormente, possam ser utilizadas pelos próprios pacientes, pela administração e por pesquisadores de maneira rápida e precisa.

Os dados revelaram que o método utilizado para arquivamento no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do referido hospital é o método numérico cronológico, pelo qual os prontuários são arquivados com o mesmo número dado ao paciente. Segundo o SAME, é mais adequado, pois possibilita à localização do prontuário de maneira mais rápida, segura e eficiente.

Segundo Paes (2007), para organizar documentos de arquivo, de modo a viabilizar seu arquivamento, as rotinas pelas quais os documentos passam e sua utilização, é imprescindível utilizar um método de arquivamento adequado. Assim, de acordo com a natureza do documento e a estrutura da instituição, pode-se optar entre os métodos básicos (alfabético, numérico, geográfico e ideográfico/por assunto) ou os padronizados (variadex, automático, soundex, mnemônico, rôneo). Dentre esses, são mais utilizados os métodos básicos.

Em linhas gerais, a escolha do método é feita de acordo o elemento preponderante do documento. Se o elemento principal do documento é o nome, utiliza-se o método alfabético, sendo este o mais simples, possibilitando que a pesquisa seja feita diretamente ao documento. Apesar de ser um método fácil, rápido e barato, a variedade de grafia dos nomes incorre em maiores erros de arquivamento.

Quando o principal elemento é o número, emprega-se o numérico, que pode ser simples, cronológico e dígito-terminal, dentre os quais o mais utilizado é o simples. Neste último, considera-se a ordem de entrada/produção do documento. No

método numérico cronológico, observa-se a data, além da ordem numérica. Já no dígito-terminal, os documentos seguem uma sequência numérica, sendo que os números são dispostos em três grupos de dois dígitos. Tais métodos são indiretos porque exigem a duplicidade de pesquisa mediante índice alfabético.

Se os documentos são arquivados considerando o lugar/local/departamento, ou seja, sua origem, procedência, utiliza-se o método geográfico. As ordenações geográficas poderão ser feitas pelo país, estado e cidade, a depender da organização do arquivo. As principais ordenações são: a) nome do estado, cidade e correspondente e b) nome da cidade, estado e correspondente.

Já o método ideográfico tem como elemento predominante o assunto. Não se constitui de fácil aplicação, porquanto tanto depende da interpretação dada, quanto exige vasto conhecimento das atividades administrativas. Apesar disso, “é o mais aconselhado nos casos de grandes massas documentais e variedades de assunto” (PAES, 2007, p. 77). Nesse tipo de arquivamento, podem-se aglutinar o método alfabético e numérico.

Podemos dizer que nessa primeira questão detectamos certa positividade quanto à preferência pelo método numérico pelo HP, pois, como afirma Paes (2007, p. 83), o método numérico facilita

[...] as operações, pois basta marcar, com um número (símbolo), cada papel para indicar o local exato onde ele deve ser arquivado. Além disso, é muito mais fácil fixar um número do que qualquer outro símbolo formado por letras.

Verificamos que o paciente que porventura já tenha sido atendido no hospital, ao retornar a instituição para um novo atendimento recebe um novo número, o que gera outro prontuário, causando um número excessivo de prontuários para o mesmo paciente. É um problema originado logo na produção da documentação, ou seja, ao dar entrada no hospital, pois não é verificado se o mesmo já tem registro na unidade.

A gestão documental concorrerá para o tolhimento de tais

dispêndios, pois um dos objetivos da gestão de documentos é “assegurar de forma eficiente, a produção, administração, manutenção e destinação de documentos” (INDOLFO et al., 1993, p.14). Nesse sentido, o procedimento adequado seria o acesso ao registro anterior para melhor atender o paciente, pois assim o profissional de saúde poderá averiguar o tratamento dado ao paciente nas suas passagens anteriores pelo centro de saúde, bem como a medicação melhor administrada. Dessa maneira, o atendimento ganhará celeridade e eficácia, além de evitar um número excessivo de documentos de um mesmo paciente, otimizando tempo e espaço de guarda dos mesmos.

Procuramos identificar também como se dá a tramitação do prontuário na instituição. Verificamos que, ao chegar ao hospital, o paciente, ou seu responsável, encaminha-se até a recepção para realizar seu registro, em que é criado o boletim de entrada, é dada uma numeração ao paciente, pela qual sua documentação será arquivada. Em seguida, o paciente é encaminhado com sua ficha para o médico, que realiza os primeiros atendimentos, encaminha o paciente para a realização de exames, sejam laboratoriais ou radiológicos, para iniciar o tratamento.

Todo esse processo resulta na produção de documentos, como radiografias, laudos, solicitação de exames, dentre outros, que formarão o prontuário do paciente. Durante toda sua tramitação, a documentação passa por vários profissionais, que nem sempre tem a diligência necessária para com a documentação, nem com as informações a serem agregadas, deixando de registrar, não raras vezes, alguns procedimentos realizados.

É de fundamental importância o registro de todas as informações referentes ao paciente em seu prontuário, assim como aponta Silva e Tavares Neto (2007, p.114):

Registrar informações é tarefa e dever diário de todos os profissionais da área de saúde. A reunião dos dados fornecidos pelo paciente, responsáveis legais ou ambos e dos resultados obtidos em qualquer tipo de exame.

A negligência quanto ao registro das informações pode acarretar em dificuldades nos diagnósticos futuros e na análise e realização de tratamento médico. Além disso, as informações omitidas, por quaisquer motivos, poderiam ser utilizadas para a avaliação dos serviços prestados pelo Hospital à sociedade.

Procurou-se verificar quanto à atenção ao ciclo vital dos documentos, ou a teoria das três idades, enquanto critério inerente à administração de documentos. Segundo Paes (2007), os documentos de arquivo passam por três fases distintas, de acordo com o uso que se faz do documento: corrente, intermediária e permanente. Em linhas gerais, fazem parte da idade corrente os documentos consultados frequentemente, permanecendo junto às unidades produtoras; na fase intermediária, os documentos são consultados esporadicamente, sendo desnecessária sua permanência junto aos produtores (nas duas primeiras fases, o acesso aos registros é restrito aos usuários internos); na fase permanente, constam os documentos que já cumpriram sua função administrativa e possuem valor histórico, social e científico, tornando-se acessível à toda sociedade.

De acordo com a Resolução nº 22/2005 do Conarq:

Art. 3º No que se refere ao estabelecimento de temporalidade e destinação final dos prontuários de pacientes, independente da forma ou do suporte, compete à Comissão Permanente de Avaliação de Documentos: a) analisar os conjuntos documentais, determinando os respectivos prazos de guarda e destinação; b) identificar os valores primários e secundários, segundo o seu potencial de uso; considerando por valor primário o uso administrativo para a instituição, razão primeira da criação do documento, e valor secundário o uso para outros fins que não aqueles para os quais os documentos foram criados, podendo ser probatório e informativo.

Verificamos que no Hospital Paraibano este ciclo de documentos não existe, porque assim que o paciente recebe alta, o prontuário é recolhido ao suposto arquivo permanente,

denominado “arquivo morto” pela instituição, sem passar por avaliação, pois inexistente uma comissão de avaliação. Só após chegar ao arquivo, essa documentação será organizada sem o devido rigor metodológico arquivístico para tal condição.

É relevante dizer que o prontuário não é apenas uma peça burocrática para fins de contabilização das cobranças dos procedimentos ou das despesas hospitalares (FRANÇA, 2007). É preciso atentar às possíveis complicações de ordem técnica, ética ou jurídica que possam eventualmente ocorrer, quando o prontuário será um elemento de valor fundamental nas contestações sobre possíveis irregularidades.

Uma política de gestão documental considera as três fases pelas quais passam a informação documental quando incide diretamente sobre a produção, utilização e destinação.

A produção de documentos: refere-se ao ato de elaborar documentos em razão das atividades específicas de um órgão ou setor. Nessa fase deve otimizar a criação de documentos, evitando-se a produção daqueles não essenciais, diminuindo o volume a ser manuseado, controlado, armazenado e eliminado assim como o uso adequado dos recursos de reprografia e de automação. (INDOLFO et al., 1993, p. 15).

Conforme já mencionado, a fase de produção documental no HP não ocorre de maneira satisfatória, ocasionando a produção desnecessária de documentos, aumentando, assim, os gastos com produção, tempo e espaço de guarda.

Já na segunda fase da gestão de documentos, Indolfo et al. (1993, p.15) diz que “refere-se ao fluxo percorrido pelos documentos, necessário ao cumprimento de sua função administrativa, assim como sua guarda após cessar seu trâmite”. Verificamos que o trâmite da documentação produzida não tem um procedimento uniforme, a começar pela geração excessiva de prontuários para o mesmo paciente. Na instituição inexistente o controle das atividades, principalmente na recuperação da informação, dificultando, assim, o fluxo de informação dentro do hospital.

Na fase final, que se refere à destinação dos documentos, Indolfo et al. (1993, p.15) assevera que “envolve as atividades de análise, seleção e fixação de prazos de guarda dos documentos”, ou seja, implica decidir quais os documentos serão eliminados ou preservados permanentemente. Para se chegar a essa fase, é imprescindível a atuação da comissão de avaliação, como estabelece o Conarq, pois é esta que, mediante análise da documentação, conformará o destino dos documentos.

O art. 3 da resolução CFM nº. 1638/2002 torna obrigatória a criação das comissões de revisão de prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica. Essa comissão inexistente no hospital pesquisado, dificultando, sobremaneira, o processo informacional.

Vale lembrar o que diz Bellotto (2005, p. 26):

A ignorância dos administradores sobre o fato de que os documentos administrativos contêm como informação histórica, uma dimensão muito mais ampla do que a que envolve a sua criação tem causado graves danos à historiografia. Documentos são diariamente destruídos, nas diferentes instâncias governamentais, por desconhecimento de sua importância para o posterior estudo crítico da sociedade que o produziu.

Essa ignorância dos administradores que Bellotto nos referencia se reflete na forma como os prontuários são arquivados no HP, sem o devido cuidado, acumulando os prontuários em armários de ferros, em salas com infraestrutura precária, privados da devida proteção ou aclimatização.

Entendemos que, mediante a gestão documental, a instituição hospitalar dispensará o cuidado adequado ao acondicionamento de seus registros informacionais. Ressaltamos que essas informações são imprescindíveis às estatísticas de saúde, constituídas a partir de dados contidos nos prontuários e relatórios técnicos relativos a eventos vitais (nascimentos, obtidos, procedimentos cirúrgicos, entre outros), estrutura da população, doenças, serviços e atividades sanitárias, dentre outros.

Daí a importância de otimizar a produção, tramitação, uso e arquivamento do prontuário do paciente, instrumento indispensável à avaliação do desempenho hospitalar. É imprescindível atentar a sua organização, recursos e metodologia de trabalho, pois são peças fundamentais também para as atividades de planejamento e avaliação da utilização de serviços de saúde no âmbito do SUS.

Os dados gerados nos diversos setores do hospital, quando relacionados entre si, transformam-se em instrumentos estratégicos úteis para a avaliação da assistência prestada, quantidade de recursos envolvidos e controle dos custos gerados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante o exposto nesse estudo, podemos afirmar que não é concebível, nos padrões atuais, o funcionamento de uma instituição hospitalar sem uma política de gestão documental, uma vez que a avaliação qualitativa do serviço prestado só é possível através das informações que são produzidas pelo centro médico. Nas instituições de saúde, onde há uma política de gestão de documentos, o atendimento ao paciente se dá em tempo otimizado, além de contribuir ao profícuo controle de custos decorrentes de perdas de pedidos de exames e das informações do tratamento do paciente.

Os procedimentos proporcionados pela gestão de documentos incidem, diretamente, em todas as fases dos documentos produzidos e recebidos em âmbito hospitalar, uma vez que oferece as operações a serem efetivadas desde a produção até o arquivamento dos documentos. Contribuirá para produção racional, bem como para o melhor aproveitamento dos recursos econômicos, humanos, materiais e tecnológicos.

Daí a importância do fluxo e acondicionamento das informações, indispensáveis à avaliação do desempenho hospitalar, sua organização, recursos e metodologia de trabalho. São fundamentais para as atividades de planejamento e avaliação da utilização de serviços de saúde no âmbito do SUS.

Portanto, a implantação de uma gestão documental na

instituição hospitalar pesquisada potencializará o fluxo de informações necessárias para a atividade administrativa do hospital, melhoramento da assistência médica prestada à população. Os dados gerados nos diversos setores do hospital, quando relacionados entre si, transformam-se em instrumentos estratégicos úteis para a avaliação da assistência prestada, quantidade de recursos envolvidos e controle dos custos gerados na concepção e dispensação de seus serviços.

REFERÊNCIAS

BELLOTTO, Heloisa Liberalli. **Arquivo Permanente:** Tratamento Documental. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

BRASIL. Lei nº. 8.159 de 08 de janeiro de 1991. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 de janeiro de 1991, seção 1, p. 455.

BRASIL. Decreto nº. 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 set. 1995. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/17_Decreto_1651.pdf>. Acesso em: 11 out. 2013.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**. 6 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº. 1.638/2002**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm>. Acesso em: 02 ago. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº. 1.639/2002**. Brasília, 2002. Disponível em:

<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1639_2002.htm>. Acesso em: 02 ago. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. Dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde. **Resolução nº 22, de 30 de junho 2005**. Diário Oficial da União nº 126, seção 1, p. 4. Disponível em: <<http://www.siga.arquivonacional.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=44&sid=48&tpl=printerview>>. Acesso em: 09 dez. 2012.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Prontuário Médico. Café Acadêmico**, 2007. Disponível em: <http://www.wellingtonsantos.com/academico_1.htm>. Acesso em: 24 jul. 2013.

INDOLFO, Ana Celeste et al. **Gestão de Documentos: conceitos e procedimentos Básicos**. (Publicações técnicas). Rio de Janeiro: arquivo Nacional 1993.

JARDIM, José Maria. O conceito e a prática de gestão de documentos. **Acervo**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 35-42, jul./dez., 1987.

PAES, M. L. **Arquivo: teoria e prática**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

SILVA, Fábila Gama; TAVARES NETO, José. Avaliação dos Prontuários Médicos de Hospitais de Ensino do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.31, n. 2, p. 113-126, jan./abr., 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbem/v31n2/01.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2013.

THE INFORMATION FLOW IN HOSPITALS AND A DOCUMENT MANAGEMENT

Abstract: The document management streamlines the activities of production, processing, classification, evaluation and archiving of documents, optimizing both the information flow as all the routine management of an institution. Advantage of this principle, This article seeks to reflect on the importance of document management for the information service and for the attendance in hospitals. The methodological work aimed to link up with a quantitative-qualitative approach, on a exploratory and descriptive mode. We take as empirical space Hospital Paraibano (HP), where a questionnaire was applied as an instrument of data collection, built on a mixed perspective. By analyzing the data, we perceive that the information services of the hospital has done so unsatisfactory, hampering the care of users/patients. Conclude that the implementation of a document management in hospital is necessary, for it will optimize the flow of information and improvement of medical care provided to the population.

Keywords: Management Documents. Hospital Information. Patient Record. Medical Archive.

Originais recebidos em: 09/05/2013

Aceito para publicação em: 27/10/2013

Publicado em: 20/12/2013