GLACIANE PEREIRA DE SOUZA

O SISTEMA DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU: PROPOSTA PARA O SEU CONTROLE E TRATAMENTO INFORMACIONAL

Monografia apresentada à disciplina de Pesquisa em Informação II como requisito parcial à conclusão do Curso de Gestão da Informação, Setor de Ciências Sociais e Aplicadas, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Lígia Leindorf Bartz Kraemer

CURITIBA

2001

Souza, Glaciane Pereira de

O sistema de prontuários médicos do Hospital Universitário Cajuru: proposta para o seu controle e tratamento informacional. / Glaciane Pereira de Souza. -- Curitiba, 2001.

iv, 114 f.

Monografia -- (Conclusão de Curso) -- Curso de Gestão da Informação -- Setor de Ciências Sociais e Aplicadas, Universidade Federal do Paraná.

1. Sistema de informação hospitalar. 2. Arquivo hospitalar. 3. Registro médico. I. Título

CDD 651.504261

RESUMO

Propõe uma reformulação para o sistema atual de gestão dos prontuários médicos localizados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital Universitário Cajuru (HUC), em Curitiba. Visa atender as necessidades de tratamento lógico e físico, bem como o processo de manutenção desse sistema. Entenda-se tratamento lógico a definição de uma estrutura informatizada mínima de registro, recuperação e controle de empréstimo dos prontuários médicos, independentemente da plataforma computacional utilizada. O tratamento físico, por sua vez, se refere ao armazenamento e codificação para a localização destes mesmos documentos. A situação da gestão dos prontuários médicos é diagnosticada, contextualizando-os em relação aos universos institucional e setorial onde estão inseridos: o HUC e o SAME. Pesquisa de caráter descritivo, narra e descreve os componentes e fenômenos de uma realidade, e bibliográfica e documental, pois analisa uma exaustiva literatura sobre os prontuários médicos, tradicional e eletrônico, e sua relação com o sistema maior onde está inserido. É favorecida por um estudo de caso, onde são aplicados métodos como o da observação direta da realidade e o da coleta de dados, para o qual foi empregado um roteiro de entrevista à chefe do SAME. Sendo o diagnóstico sobre os prontuários realizado, a pesquisa é então complementada pela proposta de reformulação. As considerações finais se baseiam na importância que possui e representa o prontuário médico para a tomada de decisões no contexto hospitalar, sendo este considerado o documento oficial de identificação do paciente. Outras recomendações, além da proposta, também são relacionadas, oferecendo opções de continuidade da pesquisa para a melhoria do sistema de prontuários do Hospital.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - NÚMERO DE LEITOS DIVIDIDOS POR CLÍNICAS E ESPECIALIDADES DO HUC....10
QUADRO 2 - CAMPOS DE DADOS PARA O REGISTRO DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS....67
QUADRO 3 - CAMPOS DE DADOS PARA O REGISTRO DE EMPRÉSTIMO E DEVOLUÇÃO DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS....68
QUADRO 4 - NORMALIZAÇÃO DOS CAMPOS DE DADOS PARA O REGISTRO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS....69
QUADRO 5 - NORMALIZAÇÃO DOS CAMPOS DE DADOS PARA O REGISTRO DE EMPRÉSTIMO E DEVOLUÇÃO DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS…70

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO ANEXADA ÀS CAIXAS DE ARQUIVO INATIVO 15
FIGURA 2 - CAIXAS CONSTITUÍDAS POR PRONTUÁRIOS DEVIDAMENTE ETIQUETADAS....15
FIGURA 3 - ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO ANEXADAS ÀS ESTANTES....16
FIGURA 4 - SINALIZADORES DE ESTANTE....16
FIGURA 5 - PRONTUÁRIOS PENDENTES DE ORGANIZAÇÃO E ARMAZENAMENTO 17
FIGURA 6 - CAIXAS DE PRONTUÁRIOS ARMAZENADAS UMA SOBRE AS OUTRAS POR FALTA DE ESPAÇO FÍSICO NO SAME....17
FIGURA 7 - MÓDULO PARA O REGISTRO DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS....74
FIGURA 8 - MÓDULO PARA O REGISTRO DE EMPRÉSTIMO E DEVOLUÇÃO DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS....75

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS iii
LISTA DE FIGURAS iii
RESUMO iv
1 INTRODUÇÃO 1
2 O SISTEMA DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS: CONTEXTUALIZAÇÃO E DIAGNÓSTICO 7
2.1 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU (HUC) 7
2.2 SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA (SAME) 11
2.3 OS PRONTUÁRIOS 12
2.3.1 Origem e Constituição 13
2.3.2 Envio ao SAME e Tratamento Físico 13
2.3.3 Identificação e Localização 14
2.3.4 Arquivamento 16
2.3.5 Envio ao HUC e Retorno 18
2.3.6 Empréstimo e Redução do Prontuário 19
3 LITERATURA PERTINENTE 20
3.1 SISTEMAS 20
3.2 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO 25
3.3 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR 34
3.4 SISTEMA DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS 43
3.4.1 O Prontuário Médico Tradicional 43
3.4.2 O Prontuário Médico Eletrônico 51
3.4.3 O Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) 56
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO DE CASO 62
5 A PROPOSTA 65
5.1 CAMPOS DO BANCO DE DADOS 65
5.2 NORMALIZAÇÃO DOS CAMPOS DO BANCO DE DADOS 68
5.3 PLANILHAS PARA A ENTRADA DE DADOS 71
5.4 ARQUIVAMENTO DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS 76
5.4.1 Recursos Materiais 76
5.4.2 Códigos de Localização 77
5.4.3 Sinalizadores de Estante 78
5.5 PROCEDIMENTOS DE MANUTENÇÃO PARA O SISTEMA 79
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 81
7 RECOMENDAÇÕES 83
REFERÊNCIAS 86
LEITURAS COMPLEMENTARES 88
APÊNDICE 89
ANEXOS 91

1 INTRODUÇÃO

A principal meta de uma organização hospitalar baseia-se na assistência médica prestada a um indivíduo enfermo, o qual deve ser assistido sem distinção de idade, cor, sexo, raça ou classe social, recebendo os cuidados aos quais tem direito. No entanto, tal assistência deve ser qualificada e realmente precisa, pois a realização de um diagnóstico mal definido pode trazer trágicos resultados, não somente aos pacientes, mas também aos próprios médicos e à Instituição hospitalar.

Nesse sentido, para que erros médicos não ocorram, é necessário que toda a informação relacionada ao paciente e sua enfermidade seja registrada, facilitando desse modo um tratamento completo e eficiente. Assim sendo, para a organização hospitalar, é preciso que o paciente seja identificado e representado por meio de um documento legal, onde devem estar inseridas informações sobre sua doença e evolução, além dos dados clínicos e sociais do paciente. Tal documento existe e é denominado “prontuário médico” ou “prontuário do paciente”.

Este documento, representante oficial de um paciente no contexto hospitalar, contém inúmeras informações altamente sigilosas e confidenciais voltadas ao estado atual e progressivo do paciente, sendo, na maior parte das vezes, proibidamente insubstituível.

Concentrada nestas preocupações, a presente pesquisa tem como principal propósito sanar o problema da falta de aplicação de procedimentos especializados, baseados em técnicas de tratamento informacional, ao processamento dos prontuários médicos localizados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital Universitário Cajuru (HUC).

Tal problema pode ser justificado pelo fato de que um sistema de informação hospitalar deve atender com precisão a toda demanda originada dos diversos setores da organização, a fim de que os esforços humanos possam ser minimizados, os processos e atividades possam ter melhor fluência, a produtividade e qualidade venham a aumentar, o uso de forma não econômica de recursos seja eliminado, entre outros fatores de racionalização na gestão de trabalho.

O sistema de informação utilizado para os prontuários médicos do Hospital Universitário Cajuru não tem demonstrado um atendimento eficaz às necessidades dos usuários, pois a situação atual em que se encontra esta documentação no SAME revela a existência de problemas na sua identificação e localização, no seu armazenamento e conservação e na apresentação de seu conteúdo, exigindo uma proposta de reformulação para a gestão destes documentos.

A dificuldade que o Hospital enfrenta em acessar os prontuários em situações de emergência justifica tal proposta, uma vez que o SAME[1] não é um setor localizado dentro do Hospital, mas sim, a uma longa distância. Tal fato pode afetar os procedimentos e decisões médicas importantes a serem tomados com relação aos pacientes que estejam retornando ao Hospital, o que se evitaria com a existência de um sistema de informação automatizado e integrado.

A possibilidade de extravio de algum prontuário no trâmite HUC-SAME-HUC-SAME é praticamente nula, porém, a existência de extravio está na transição interna do Hospital, pois é aí onde muitas pessoas têm acesso ao prontuário. Outro problema verificado é que, com freqüência, o documento não é encontrado no SAME quando solicitado, e o tempo que leva para ser encontrado e enviado ao setor solicitante é longo, podendo comprometer o estado de saúde do paciente.

Existem, também, problemas ambientais no SAME, tais como:

a) falta de espaço físico para armazenamento da documentação;
b) estado precário de suas instalações, pois o SAME situa-se num barracão totalmente debilitado e sem condições de uso;
c) grande fluxo de pessoas que transitam nas proximidades, porque o mesmo está localizado nas dependências de uma Rádio;
d) acesso livre oferecido a qualquer usuário dentro do SAME, o que pode resultar em furtos, perdas e danificações aos prontuários.

Quanto ao conteúdo dos prontuários, os quais possuem padrões estabelecidos pelo SAME e pelo Hospital, fazendo também com que a proposta de reformulação para um novo sistema seja viável, verifica-se que não são suficientemente técnicos e

---

1Localizado à Rua Piquiri, 890, Rebouças, Curitiba – Pr.

precisos, dificultando assim o processo de recuperação e acesso a esses documentos, que atualmente é executado de forma manual.

Desse modo, é necessário e indispensável a implantação de um sistema automatizado para o tratamento dos prontuários médicos, a qual vem a suprir as necessidades de registro, manutenção, busca e localização de tais documentos, proporcionando ao SAME maior agilidade e precisão no controle dos prontuários.

Com base nesta problemática, pode-se afirmar que o objetivo geral da presente pesquisa é propor a reformulação ao atual sistema de gestão de prontuários médicos do Hospital Universitário Cajuru, principalmente ao que diz respeito ao tratamento de seus dados, capaz de viabilizar meios mais eficientes de armazenamento, recuperação, localização e acesso a tais documentos.

Em decorrência do objetivo geral, a pesquisa também deve atingir os objetivos específicos, sendo eles:

a) levantar e analisar a bibliografia sobre o prontuário médico e sua relação com a organização e/ou sistema maior onde está implantado;
b) diagnosticar o cenário atual da gestão dos prontuários médicos armazenados no SAME do HUC;
c) definir uma estrutura mínima de tratamento para os dados dos prontuários médicos, tanto lógica como física, que seja capaz de identificá-los e descrevê-los;
d) determinar procedimentos de manutenção para o sistema de prontuários.

Por outro lado, a pesquisa acadêmica, considerada como uma atividade pedagógica, visa despertar o espírito de busca intelectual autônoma, pois é, antes de tudo, um exercício e uma preparação pré-profissional, cujos resultados mais importantes são a aquisição do espírito investigativo e dos conhecimentos metodológicos para a indagação intencional.

Neste contexto, esta pesquisa relata conteúdos que foram assimilados no decorrer de sua execução, caracterizando-se sob dois aspectos.

No primeiro, revela-se de caráter bibliográfico e documental por constituir-se basicamente de uma revisão bibliográfica, levantada por meio de recursos de

informação tradicionais (livros, artigos de periódicos, teses, materiais didáticos, etc.) e eletrônicos (CD-Rom, Internet), sendo estes utilizados total ou parcialmente, além de ser complementada pela busca de documentos arquivísticos e legislativos.

Sob o segundo aspecto, essa pesquisa é caracterizada como sendo descritiva, pois narra e descreve tanto os componentes quanto os fenômenos existentes em sua realidade, realizando um levantamento de suas características mais conhecidas, porém, de enfoque não quantitativo, pois a mesma não trata de dados numéricos.

Tal pesquisa é, ainda, favorecida pela análise de uma situação concreta especificada por um estudo de caso, realizado para reunir as informações necessárias à construção dos raciocínios e do conhecimento em torno de um problema, pois aborda um objeto de estudo específico inserido em uma situação real, procurando, a partir de um diagnóstico, propor soluções de melhoria ou até mesmo implantar um novo cenário com novos recursos e subsídios.

De um modo geral, essa pesquisa pode ser apresentada pelos itens inclusos em cada um de seus capítulos, os quais são indicados por meio de estrutura seqüencial lógica, com o intuito de introduzir e de direcionar o leitor no tema explorado.

A Introdução (capítulo 1), traz questões gerais relacionadas ao tema da pesquisa, com o principal propósito de introduzir e situar o leitor ao assunto abordado. Além disso, indica qual o problema que a pesquisa pretende suprir, apresentando, na seqüência, os aspectos que justificam a execução de tal pesquisa, além de relacionar os objetivos geral e específicos que se deseja atingir.

O próximo capítulo, que trata da Contextualização e do Diagnóstico do Sistema de Prontuários Médicos (capítulo 2), descreve hierarquicamente o universo de pesquisa, ou seja, os locais institucionais onde está inserido o sistema de prontuários médicos estudado, caracterizando primeiramente o HUC e logo após o SAME, sendo este o local onde estão arquivados os prontuários médicos do Hospital. Estes documentos, por sua vez, também são abordados e diagnosticados neste mesmo capítulo, levando-se em consideração o atual cenário em que estão inseridos e a gestão pelo qual são submetidos.

A Literatura Pertinente (capítulo 3), aborda uma exaustiva literatura referente ao tema da pesquisa, a qual também é exposta por meio de uma hierarquia, fazendo uma descrição dos assuntos gerais aos específicos, assim distribuídos:

a) sistemas;
b) sistemas de informação;
c) sistemas de informação hospitalar;
d) sistemas de prontuários médicos, sendo esta seção dividida nos tópicos: o prontuário médico tradicional, o prontuário médico eletrônico e o SAME.

Na seqüência, tem-se o capítulo 4, Procedimentos Metodológicos do Estudo de Caso, onde são relatados os meios aplicados na execução da pesquisa e os instrumentos de coleta utilizados, além de caracterizar o universo selecionado para tal estudo.

Em seguida está o capítulo da Proposta de Reformulação do Sistema de Prontuários Médicos do Hospital Universitário Cajuru (capítulo 5), que apresenta novos procedimentos, técnicas e recursos, de modo a facilitar a localização do documento no interior do arquivo e seu controle de saída e retorno ao SAME, quando o mesmo é solicitado para investigação pelos demais setores do Hospital.

O capítulo 6, das Considerações Finais, aborda os aspectos relevantes alcançados a partir da reformulação proposta ao sistema de prontuários médicos, bem como a partir da literatura levantada sobre o tema, os quais oferecem bases socialmente importantes a esta pesquisa.

Nas Recomendações (capítulo 7), são colocadas outras sugestões à proposta de reformulação, as quais trariam maiores benefícios e resultados ao sistema caso viessem a ser implantadas, oferecendo uma complementação a esta proposta.

Para finalizar a pesquisa, capítulos pós-textuais, considerados relevantes para a estrutura da mesma, também são descritos.

Primeiramente, encontra-se o capítulo relacionado às Referências, onde são incluídas todas as referências bibliográficas de fontes impressas e eletrônicas utilizadas na execução da pesquisa, ordenadas pelo sistema alfabético de autores.

Após tem-se as Leituras Complementares, sendo neste capítulo também expostas referências bibliográficas, as quais se referem, no entanto, às fontes que foram tomadas apenas como base para leituras complementares, ou seja, não foram citadas em momento algum do decorrer da pesquisa.

O Apêndice (Roteiro de Entrevista), produzido pelo próprio pesquisador, que vem a seguir, é apensado à pesquisa a fim de documentar o instrumento utilizado na coleta de dados.

Por último estão os Anexos, documentos obtidos de fontes externas que, além de ilustrarem os procedimentos atuais aplicados pelo SAME aos prontuários médicos do HUC, também complementam a pesquisa.

2 O SISTEMA DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS: CONTEXTUALIZAÇÃO E DIAGNÓSTICO

Este capítulo tem como propósito apresentar ao leitor a contextualização e o diagnóstico dos prontuários médicos do Hospital Universitário Cajuru (HUC), em relação tanto ao Setor onde estão inseridos, que é o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), quanto em relação a sua instituição, sendo esta o próprio Hospital. Para tanto, aspectos sobre esses documentos são explorados exaustivamente na seção 2.3 deste mesmo capítulo, como em todo o decorrer desta pesquisa.

Desse modo, são apresentadas características relacionadas ao HUC e ao SAME, sendo algumas das informações sobre o Hospital obtidas por meio de sua home-page, disponível oficialmente do site da Pontifícia Universidade Católica do Paraná no seguinte endereço: http://www.hospitalcajuru.pucpr.br/cajurunet/index.htm

2.1 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU (HUC)

O Hospital Universitário Cajuru (HUC) é considerado uma instituição hospitalar de grande porte, filantrópica, de ensino e pesquisa, de referência regional e nacional. O HUC atende pacientes de todas as faixas etárias, de ambos os sexos, que residem em Curitiba e Região Metropolitana, e até mesmo em outros Estados, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), de sistemas de convênios médicos e particulares.

O Hospital Universitário Cajuru foi adquirido em 1977 pela Sociedade Paranaense de Cultura (SPC), pertencente à Congregação dos Irmãos Maristas, sendo tal Sociedade mantenedora da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). No entanto, sua história teve início em 1949 com a doação de lotes da Rede de Viação Paraná–Santa Catarina (RVPSC), pela Cooperativa dos Ferroviários Ltda.

De 1950 a 1955, foi construído o prédio do Hospital, não podendo ser utilizado por falta de pessoal capacitado. Em 20 de novembro de 1956, as instalações foram então cedidas pela RVPSC mediante contrato oficial, sendo que a União dos Ferroviários do Brasil e a Diretoria Regional da Rede de Viação Paraná-Santa Catarina

equiparam-no e passaram a operá-lo, inclusive fazendo convênio com a Prefeitura de Curitiba, para a prestação de serviços do Pronto Socorro Municipal.

Passou, então, o Hospital a entrar em funcionamento a partir de 1958, sendo seu nome tornado sinônimo de Pronto Socorro, pelo fato de ser o primeiro hospital a atender por um período integral de vinte e quatro horas.

Durante muitos anos, o HUC foi a única casa hospitalar para a assistência ao trauma em Curitiba e, também, o único espaço dedicado à prática e ao ensino de emergência, tanto aos alunos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná quanto aos alunos da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

A chegada da PUCPR, em 1977, marca o início de uma era de grandes transformações para o HUC, passando este a pertencer à Universidade. A partir de então, ocorreu a oficialização do ensino médico, o aprimoramento do seu corpo clínico, a aquisição de novos equipamentos e o gradativo aumento do número de alunos das diversas áreas ligadas ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da PUCPR, dentre as quais estão a Medicina, a Enfermagem, a Odontologia, a Fisioterapia, a Fonoaudiologia, a Psicologia, a Nutrição, a Biologia e Serviço Social.

O HUC se transforma então em um hospital de referência e, com a ampliação de sua área de atuação, passa a ser reconhecido pela comunidade como um hospital geral, além de um eficiente Pronto Socorro, pois sendo considerado um hospital emergencial, o HUC possui hoje o maior Pronto Socorro do Estado, onde são atendidos pacientes em situação de emergência, tanto adultos como crianças, dos setores conveniados, previdenciários e do setor particular.

Somente em 1993, o Hospital recebe a designação de Hospital Universitário, solidificando seu compromisso com a educação e abrindo caminho para a implantação do primeiro Mestrado em Cirurgia do Trauma no Brasil, em 1994.

Atualmente o HUC localiza-se na Av. São José, 300, em ponto estratégico do bairro Cristo Rei. A área de construção ocupada é de 6.531 m^2, além de ser acrescida de setores externos como Salas de Aulas, Faturamento, Divisão de Recursos Humanos, Divisão de Patrimônio, Setor Interno de Prontuários, Setor de Xérox, Manutenção, Casa de Força, Ambulatório, Pronto Socorro Odontológico, Unidade

Pediátrica, Creche, Lavanderia e Costura, Vestiários e Depósito de Inflamáveis, os quais se localizam fora do prédio principal do Hospital.

Atendendo o Pronto Socorro vinte e quatro horas por dia, conta com médicos de diversas especialidades, como: Ortopedia, Clínica Geral, Neurocirurgia, Anestesiologia, Pediatria, Terapia Intensiva, Radiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Oftalmologia, Cirurgia da Mão, Otorrinolaringologia e Cirurgia Plástica, algumas, no entanto, oferecem plantão à distância.

Tão fundamental como os avanços e inovações do HUC, tem sido a dedicação de seus profissionais e o tratamento humanitário que disponibiliza aos pacientes que o procuram, pois para o HUC nada é mais importante de que a vida. É por esta e outras razões que o Hospital está investindo, constantemente, em melhorias físicas e no aprimoramento, principalmente, de sua equipe de profissionais da saúde.

O Hospital Universitário Cajuru, pertencente a PUCPR, é fundamentado em princípios éticos, cristãos e maristas, tendo como missão o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da assistência global à saúde com qualidade, criatividade e competência, buscando o reconhecimento da comunidade.

Assim sendo, pode-se definir como os principais objetivos do Hospital:

a) proporcionar atendimento de emergência à comunidade;
b) colaborar na formação acadêmica como campo de estágio teórico e prático, no ciclo profissionalizante das áreas de saúde tanto de segundo quanto de terceiro graus, além de cursos de pós-graduação;
c) proporcionar meios para reabilitação física e social dos pacientes;
d) difundir e incentivar a vivência cristã em consonância com a moral católica, garantindo aos pacientes a assistência religiosa da vida.

O HUC, além de ser mantido pela SPC, também recebe recursos provenientes do SUS, estando assim na eterna economia e contenções de despesas. O SUS, para pagar os procedimentos realizados no hospital, segue uma tabela defasada de valores, piorando ainda mais a demora e o valor das consultas, sendo o médico, na maioria das vezes, a única pessoa com direito a receber contribuição, pois sendo 90% da clientela

do Hospital conveniada do SUS, fica difícil para o hospital manter-se equilibrado financeiramente.

Quanto a sua estrutura organizacional administrativa, o HUC é composto por um diretor geral, um diretor técnico, um gerente administrativo e um gerente de enfermagem, sendo estes nomeados pela mantenedora a cada quatro anos.

O HUC conta hoje com um quadro funcional de 970 funcionários, aproximadamente, entre corpo clínico, residentes, acadêmicos, serviços terceirizados, diretoria e contratos efetivos.

Dentre os recursos humanos, estão médicos, residentes, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, biólogos, estagiários remunerados e voluntários, gerentes administrativos, secretárias, bibliotecários, técnicos administrativos, técnicos em Radiologia, chefes de serviços, auxiliares de escritório, recepcionistas, telefonistas, serventes, zeladores, auxiliares de cozinha, serviço de guardas, motoristas, office-boys, entre outros.

O Hospital conta hoje com 381 leitos, divididos nas seguintes clínicas e especialidades, conforme Quadro 1.

QUADRO 1 – NÚMERO DE LEITOS DIVIDIDOS POR CLÍNICAS E ESPECIALIDADE DO HUC

CLÍNÍCA	ESPECIALIDADE	Nº DE LEITOS
Posto 1	Ortopedia	44
Posto 2	Neurologia e Neurocirurgia	45
Posto 3	Cirurgia Geral	45
Posto 4	Clínica Médica e Pediatria	22
Posto 5	Cardiologia	18
Posto 6	Clínica Médica	28
Posto 7	Convênios	12
Posto 8	Convênios	12
Ala A	Convênios e particular	22
Ala B	Convênios e particular	22
Ala C	Convênios e particular	22
Hemodiálise	-	40
Transplante Renal	-	05
CARDIOPAR	UTI Cardiológica	12
UTI	Geral	12
Pronto Socorro	Emergência/Urgência	20
	TOTAL	381

Atualmente o HUC se encontra adequadamente integrado a PUCPR, tanto em relação a sua administração quanto aos benefícios oferecidos aos seus funcionários e demais clientes, sendo considerado referência na formação de profissionais em áreas da saúde, na pesquisa, na qualidade da assistência prestada e no emprego correto da tecnologia, visando tornar-se um modelo assistencial de emergência-urgência e Traumatologia, com dedicação total à vida.

2.2 SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA (SAME)

Atualmente, e infelizmente, o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do HUC é um setor que está localizado em uma unidade externa, no bairro Rebouças, portanto, distante do Hospital, prejudicando as consultas e investigações de pesquisa que a todo momento são realizadas, sobretudo, nos prontuários médicos e também em outros documentos.

O SAME é responsável pela organização, controle, guarda e conservação de todos os arquivos e registros médicos produzidos pelo HUC, além de documentos administrativos provenientes dos setores do Hospital e de exames, como chapas de RX, dos pacientes, os quais são arquivados, devido ao seu tamanho, separadamente dos prontuários médicos.

Diante das necessidades e serviços demandados diariamente pelo SAME, verifica-se que o mesmo apresenta dificuldades em saná-los efetivamente devido a deficiência de seu quadro funcional, pois o Setor é composto por apenas quatro funcionários: uma chefe, uma secretária e dois auxiliares de escritório, que são representados, na maior parte das vezes, por estagiários de cursos de graduação.

A respeito da chefe do SAME, esta é uma profissional com formação em Psicologia e atua no Setor há aproximadamente doze anos, sendo ela quem organiza e controla todos os serviços prestados de acordo com os recursos e técnicas de que disponibiliza, de modo a atender todas as necessidades que lhe são impostas pelos usuários do Setor.

Os demais funcionários que atuam no Setor são responsáveis por todo o processo de tratamento informacional e de localização, que atualmente restringe-se apenas ao armazenamento dos documentos, em especial dos prontuários médicos, que são os principais e mais importantes registros do Arquivo.

Além dos prontuários médicos, o SAME também arquiva e gerencia documentos como as fichas diárias de atendimento, àquelas que se referem ao tratamento de emergência simples que o paciente recebe, não sendo preciso o mesmo permanecer internado no Hospital; como os exames de RX, ultra-sonografia e ressonância magnética, todos arquivados separadamente do prontuário, pois possuem tamanho superior a este; e como os documentos administrativos provenientes dos vários setores do Hospital, pois os mesmos também não disponibilizam espaço físico em seu interior para armazenar seus registros e arquivos.

No entanto, sobre estes últimos o SAME não realiza um controle muito rigoroso além de armazená-los em sua dependência, ficando a critério de cada setor decidir o que deve ser mantido e por quanto tempo deve ser preservado, fixando na caixa de arquivo inativo, onde estão os documentos, uma etiqueta identificando os mesmos com o prazo mínimo de conservação, caso contrário o próprio SAME se encarrega de descartar os documentos.

Nesse sentido, um diagnóstico mais completo e exaustivo sobre a gestão dos prontuários médicos é descrito na seção a seguir, o qual aponta ao leitor a situação que esses documentos se encontram, além de relatar todo o tratamento informacional pelo qual são submetidos.

2.3 OS PRONTUÁRIOS

Para melhor facilitar a compreensão de leitura sobre esse tema, esta seção é subdividida em curtos tópicos, sendo estes relacionados aos procedimentos de gestão atribuídos aos prontuários médicos do Hospital.

2.3.1 Origem e Constituição

Atualmente os prontuários médicos do HUC (anexo 1), os quais são provenientes de setores de frente onde os internamentos são registrados, como o Pronto Socorro (PS), o Pronto Atendimento (PA) e o Centro Médico, são arquivados no SAME, localizado este em uma unidade externa e distante do Hospital.

No SAME existem prontuários que datam, somente, de 1982 em diante, sendo os dez primeiros anos não seqüenciais, ou seja, constam parcialmente no arquivo. Integral e ininterruptamente, encontram-se os prontuários datados após 1992 de todos os pacientes que efetivamente deram entrada de internamento no Hospital, sendo estes prontuários, também, tratados e organizados efetivamente. Caso algum prontuário solicitado a partir desta não for localizado no SAME ou em nenhum outro setor do Hospital, é porque o documento foi extraviado. Essa falta, no entanto, pode ser detectada por meio do controle estatístico do Setor, o qual é realizado a partir do registro das anotações de envio dos prontuários que não são devolvidos novamente ao SAME.

O prontuário médico é um documento constituído por vários outros, sendo estes diferentes tipos de formulários e impressos. Neste contexto, pode-se afirmar que os documentos que constituem os prontuários do HUC são os seguintes: guias de convênio; laudos médicos; exames (com exceção do RX); prescrições médicas, farmacêuticas e de enfermagem; receituários médicos; formulários de faturamento; entre outros.

2.3.2 Envio ao SAME e Tratamento Físico

Os prontuários que chegam ao SAME são enviados mensalmente (até o quinto dia útil de cada mês) pelos setores de Faturamento (somente os prontuários faturados), Tesouraria e Convênios do Hospital. Cada setor envia, junto com os prontuários, uma listagem de conferência (anexo 2), contendo dados como o número do prontuário, o nome do paciente, diagnóstico do mesmo, data de nascimento, data de entrada e saída

do Hospital, clínica do paciente, nome do médico, convênio e motivo da alta (alta, óbito ou transferência). Ao recebê-los, os funcionários do SAME conferem a listagem, verificando se os prontuários recebidos são realmente os que constam na listagem. Tal listagem é arquivada separadamente para posteriores conferências e pesquisas.

Após essa conferência, os prontuários recebem um tratamento simples de identificação: primeiramente, o prontuário, como documento único, já chega pronto ao SAME, sendo os documentos que o constitui reunidos um ao outro por meio da técnica simples do grampeamento; após são armazenados em caixas de arquivo inativo identificadas por um número seqüencial iniciado a cada ano. A quantidade de prontuários colocados em cada caixa pode variar de um a quinze, dependendo do número de formulários, exames e laudos (podendo chegar a ter mais de cem diferentes modelos) que constituem um prontuário médico. Dentro das caixas, os prontuários são agrupados de três em três com elásticos simples, garantindo deste modo maior firmeza no seu armazenamento interno; quando muito volumosos, são separados em pequenos montes e grampeados um a um, sendo após esse procedimento os montes agrupados, também, com elásticos simples.

2.3.3 Identificação e Localização

Para a identificação dos prontuários, primeiramente, é reescrito na folha de rosto o seu número de registro geral (que é o próprio número do prontuário) com pincel atômico colorido, o qual é diferenciado de cor a cada novo ano, e com tamanho maior que o natural, para uma melhor visualização no momento da busca (anexo 3). Após este procedimento, uma etiqueta no formato retangular feita no computador é fixada no lado externo da caixa sob um pedaço de papel contact, a qual contém o número de identificação da caixa, os dois últimos dígitos do ano e o número do primeiro e do último prontuário depositados na caixa, dando assim a entender que todos os prontuários pertencentes àquela seqüência de numeração estão arquivados na mesma. Então, somente ao ser encerrado este processo é que as caixas, com os prontuários já

arquivados, são armazenadas nas estantes, conforme o modelo e a ilustração das Figuras 1 e 2.

FIGURA 1 – ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO ANEXADA ÀS CAIXAS DE ARQUIVO INATIVO

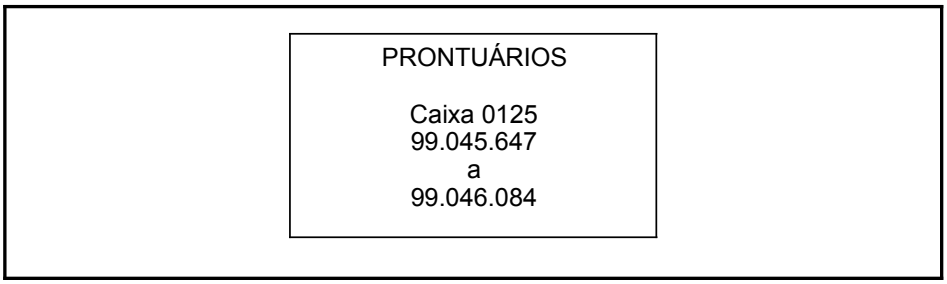
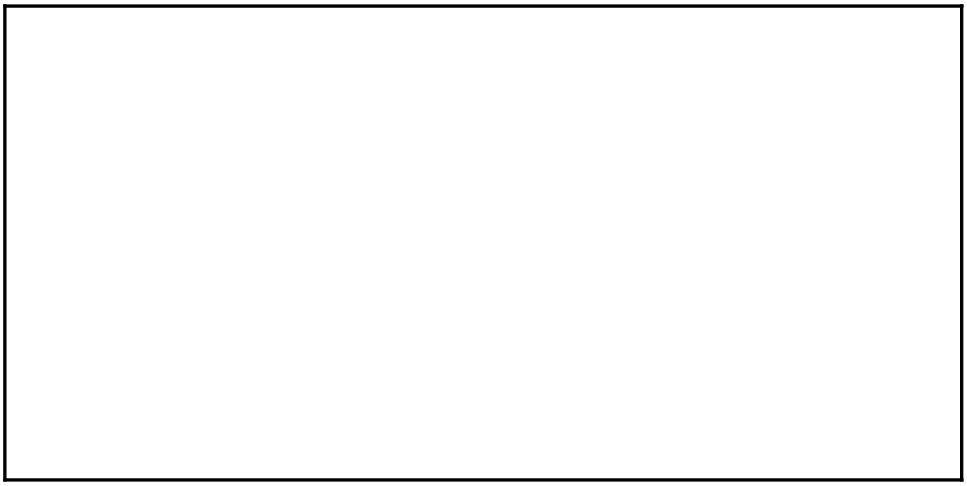


FIGURA 2 – CAIXAS CONSTITUÍDAS POR PRONTUÁRIOS DEVIDAMENTE ETIQUETADAS



As estantes, por sua vez, também recebem como sinalizador uma etiqueta, esta um pouco maior, contendo a posição da estante e os números inicial e final dos prontuários que estão inclusos em tal estante, de acordo com o modelo e visualização das Figuras 3 e 4.

FIGURA 3 – ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO ANEXADA ÀS ESTANTES

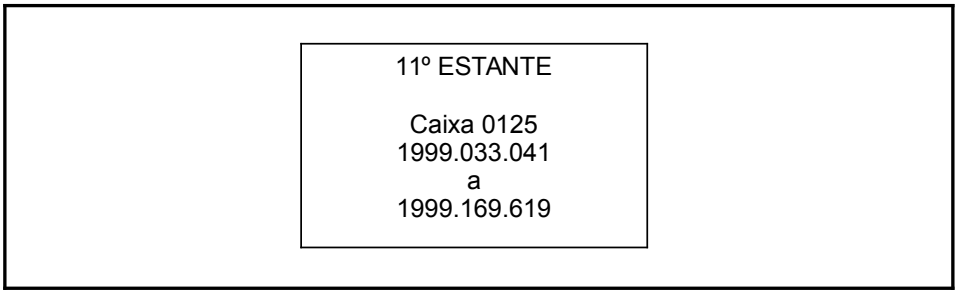
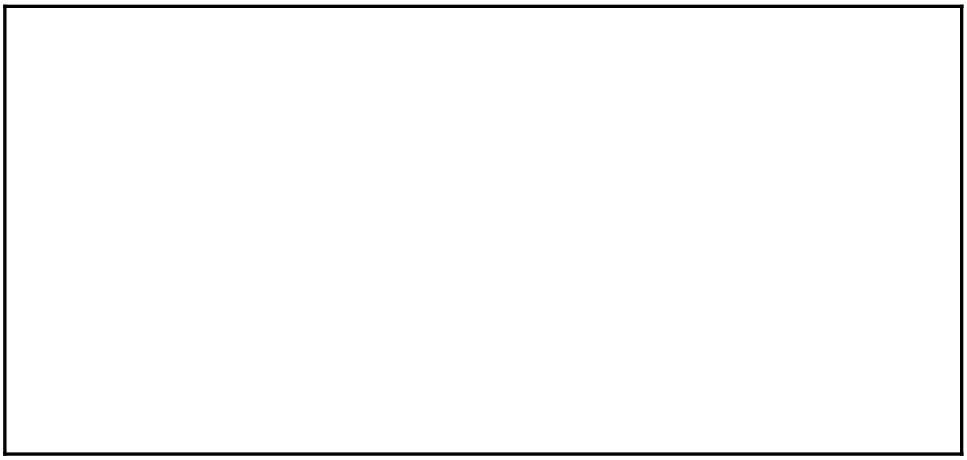


FIGURA 4 – SINALIZADORES DE ESTANTE



2.3.4 Arquivamento

Em relação ao espaço físico para arquivamento desses documentos, o SAME já não dispõe estantes vazias e nem local para posicionar outras, caso fossem adquiridas. Contudo, as primeiras prateleiras de cada estante encontram-se hoje ocupadas com duas ou mais fileiras de caixas de arquivos inativos contendo prontuários, sendo que os mais recentes chegados ao SAME já não possuem lugar físico para serem depositados. Este é um dos problemas diagnosticados que necessita urgentemente de solução, podendo ser melhor visualizado nas Figuras 5 e 6 a seguir.

FIGURA 5 – PRONTUÁRIOS PENDENTES DE ORGANIZAÇÃO E ARMAZENAMENTO

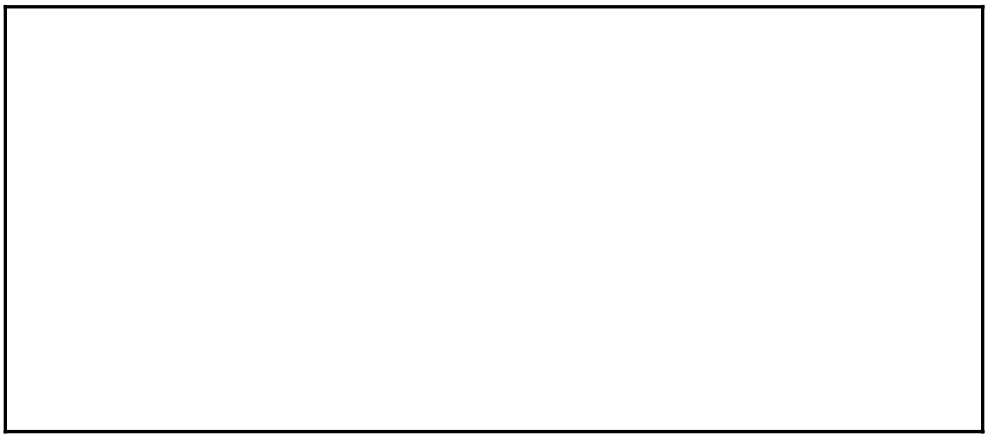
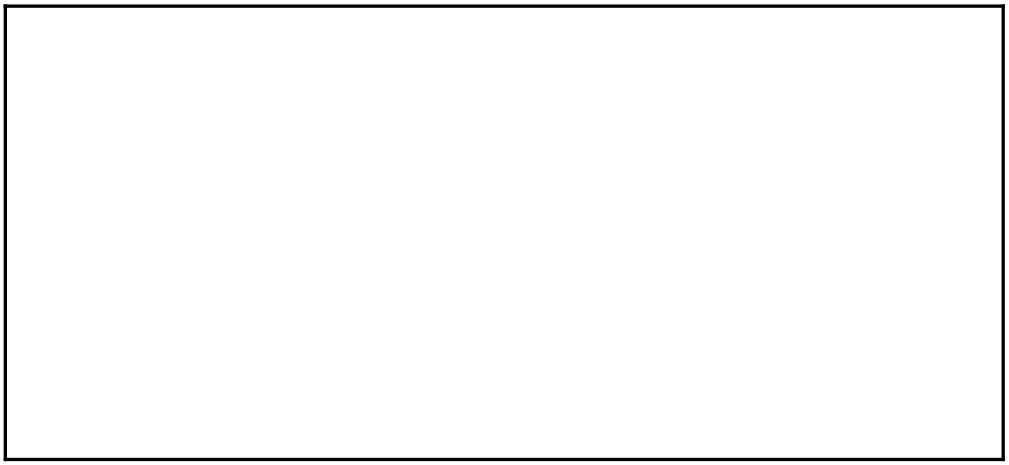


FIGURA 6 – CAIXAS DE PRONTUÁRIOS ARMAZENADAS UMA SOBRE AS OUTRAS POR FALTA DE ESPAÇO FÍSÍCO NO SAME



2.3.5 Envio ao HUC e Retorno

O SAME recebe diariamente solicitações de envio de prontuários para vários setores do Hospital, como o Faturamento, a Auditoria Técnica, o Setor de Prontuários Interno, o Setor de Convênios, a Direção Geral, o Setor de Custos e os próprios Médicos, sendo um atendimento às mais variadas finalidades, como por exemplo: quando o paciente retorna ao Hospital (mesmo sendo aberto um novo prontuário); para fins acadêmicos e estatísticos; para trabalhos científicos e profissionais; por motivos judiciais relacionados a danos cometidos ao próprio paciente ou ao Hospital; para fins de encargos sociais ao SUS e demais convênios; entre outros. Estas solicitações normalmente são feitas via telefone ou fax, sem o uso de qualquer documento administrativo. A funcionária anota o número do prontuário e o nome do paciente e, se necessário, a data em que o paciente esteve internado no Hospital (data provável do prontuário), indo em seguida até as estantes. Após buscar e localizar o prontuário, o procedimento de saída deste documento é registrado em um livro ata, onde são anotados os seguintes dados: número do prontuário, identificação do paciente, data de solicitação (que geralmente é a mesma do envio) e funcionário/setor que solicitou o prontuário médico (anexo 4).

O prontuário é expedido, geralmente, por meio de malote (moto-boy ou motorista) ou pela retirada pessoalmente do solicitante. Ao retornar ao SAME, é realizada a conferência do prontuário e, em seguida, registrada sua “baixa” em um segundo livro ata, onde são protocoladas informações referentes ao retorno do documento, como o seu número de registro geral, nome do paciente, data de solicitação, funcionário/setor solicitante e data de devolução, dado este que comprova realmente o retorno do prontuário ao SAME (anexo 5).

A partir desta descrição, pode-se notar que todo este processo é lento e “frustrante”, uma vez que é manual, havendo principalmente desperdício de tempo na procura dos registros dos prontuários nos livros atas, sendo que nem sempre o prontuário está no SAME, mas sim ainda tramitando pelo Hospital, encontrando-se na

maior parte das vezes com o próprio setor, ou outro, que solicitou o envio de tal prontuário.

2.3.6 Empréstimo e Redução do Prontuário

Um outro aspecto diagnosticado no SAME é em relação à proibição do empréstimo de prontuários médicos a pesquisadores e acadêmicos com a finalidade de pesquisa científica, sendo permitida apenas sua consulta local e esta, no entanto, deve ser executada mediante comprovação de um termo de compromisso devidamente assinado pelo pesquisador ou pelo aluno, antes de se iniciar a pesquisa nos documentos. Mas, salvo alguns casos extraordinários, a retirada externa do prontuário para esta finalidade somente pode ser liberada com a autorização legal e documentada da Direção do Hospital, sendo esta e o SAME previamente comunicados.

Por último, a respeito do volume do prontuário, hoje uma equipe multidisciplinar de profissionais do HUC está desenvolvendo um trabalho de padronização e redução do prontuário médico deste Hospital, ou seja, a equipe estuda e desenvolve métodos e estratégias que visam diminuir a quantidade de formulários existentes no prontuário, pois este, como antes já mencionado, é constituído por mais de cem diferentes modelos de formulários e exames, os quais também necessitam de uma padronização comum, uma vez que cada serviço produz e padroniza atualmente seu próprio tipo de formulário.

3 LITERATURA PERTINENTE

A pesquisa acadêmica, seja ela em qualquer área do conhecimento, é de fundamental importância na identificação, relato e proposta de soluções à problemas existentes, os quais necessitam de estudo prévio para serem tratados e solucionados. Pode-se dizer que a pesquisa acadêmica vem contribuindo para a evolução da Ciência e da Tecnologia na medida em que apresenta seus resultados e conduz a novos, ou ao aperfeiçoamento, dos conhecimentos.

Assim sendo, a presente monografia toma como base para seu referencial teórico autores que trazem conceitos, técnicas e aplicações relacionados a abordagens sobre sistemas, sistemas de informação em seu âmbito geral, sistemas de informação hospitalar, arquivos médicos (SAME), algumas questões relativas ao armazenamento e conservação de documentos, abarcando deste modo os assuntos que contextualizam os sistemas informacionais de prontuários médicos.

3.1 SISTEMAS

Após a Segunda Guerra Mundial, muitas foram as transformações que ocorreram nas diversas áreas do conhecimento, com um enfoque maior nos avanços técnicos e científicos, moldando as sociedades para uma nova visão de globalização.

Os conceitos e aplicações sobre sistemas também surgiram e desenvolveram-se rapidamente após essa época. A partir daí as idéias de sistemas tiveram um impacto profundo, afetando praticamente todas os campos do conhecimento (BIO, 1985, p. 17-18).

Segundo CAPRA (1996, p. 39), foi o bioquímico Lawrence Henderson, no início do século XX, que fez o uso pioneiro do termo “sistema”, para denotar tanto organismos vivos como sistemas sociais, surgindo assim o significado raiz de tal termo, que deriva do grego synhistanai (“colocar junto”), passando significar um todo integrado cujas propriedades essenciais surgem das relações entre suas partes.

A Teoria Geral de Sistemas (TGS), que começou a ser estudada em 1950 pelo biólogo alemão Ludwing von Bertalanffy, fundamenta-se, segundo CHIAVENATO[2], citado por REZENDE & ABREU (2000, p. 28), em três princípios básicos: os sistemas existem dentro dos sistemas; os sistemas são abertos; e as funções de um sistema dependem da sua estrutura.

Muitos são os conceitos que podem ser atribuídos ao termo “sistemas”, todos sem muitas variações. Segundo BIO (1985, p. 18), um sistema pode ser considerado como um conjunto de elementos interdependentes, ou um todo organizado, ou partes que interagem formando um todo unitário e complexo. Na mesma linha de pensamento, PINTO FILHO (1975/1976, p. 66), mesmo com uma definição um pouco mais antiga, afirma que sistema é um arranjo em interações e transformações; para ele qualquer organismo ou organização pode ser considerado no todo como sistema, ou como parte de um sistema maior.

Para OLIVEIRA (2001, p. 23), sistema é um conjunto de partes interagentes e interdependentes, as quais formam um todo unitário com determinado objetivo e efetuam determinada função. CASSARRO (1997, p. 54), define sistema como um conjunto de partes e componentes logicamente estruturados, com a finalidade de atender a um dado objetivo.

Um outro conceito apresentado é o de STAIR (1998, p. 6), que considera sistema como um conjunto de elementos ou componentes que interagem para atingir objetivos, sendo que os próprios elementos e as relações entre eles determinam como o sistema trabalha. O autor ainda relata que os sistemas possuem componentes de entradas e saídas, mecanismos de processamento e feedback.

Com base nestas definições, conclui-se que um sistema está presente em diversos contextos e ambientes e, na maior parte das vezes, ele se compõe de subsistemas, que também são partes interdependentes e se relacionam entre si. Estas partes, por sua vez, procuram atingir determinados objetivos e efetuar determinada função.

[2] CHIAVENATO, I. Introdução à teoria geral da administração. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1993.

Formatado

REZENDE & ABREU (2000, p. 31-32, 34) são de opinião de que a composição dos sistemas vai além desse tradicional processo de entrada, processamento, saída e retroalimentação, pois outros componentes, ou subsistemas, são hoje encontrados e reconhecidos por sua fundamental importância, quais sejam:

a) objetivos do sistema: são os objetivos que se pretende atingir, devem ser relatados para não deixar dúvidas ou ocasionar distorções; devem expressar claramente os requisitos funcionais do sistema;
b) ambiente do sistema: local onde o sistema executa suas funções; considera-se tanto o meio ambiente interno como o externo, físico e lógico;
c) recursos do sistema: meios necessários para que o sistema cumpra suas funções, como infra-estrutura logística e de tecnologia, estrutura informacional e recursos humanos responsáveis pelo funcionamento e utilização dos produtos/serviços;
d) função do sistema: atividades que o sistema propõe fazer, atendendo à execução de seus requisitos funcionais e a geração dos produtos/serviços necessários;
e) gestão do sistema: compreende a administração, análise dos produtos, retroalimentação, controles e avaliações de qualidade e atendimento aos requisitos funcionais.

Além disso, os autores descrevem que os sistemas podem ser compostos também por diversas outras partes, tais como hardware, software, dados e pessoas, constituindo-se de uma parte técnica e outra social; daí a necessidade dos sistemas requererem investimentos substanciais de ordem social, organizacional e intelectual para funcionarem apropriadamente.

Os sistemas apresentam propriedades e finalidades específicas. A TGS afirma que as propriedades dos sistemas não podem ser descritas significamente em termos dos seus elementos separados, exigindo sua junção ou integração. Assim REZENDE & ABREU (2000, p. 34-35, 49-50), por exemplo, apontam quatro formas diferentes de classificação dos sistemas:

a) sistemas reais e tangíveis: quando suas funções podem ser realizadas através dos recursos disponíveis;
b) sistemas abstratos: quando suas funções não podem ser realizadas, compostas apenas por idéias, conceitos, planos e hipóteses abstratos;
c) sistemas fechados: não existem permutas da organização com o meio ambiente externo, a mesma não integra-se ou interage-se com o mundo;
d) sistemas abertos: existem permutas da organização com o meio ambiente externo, sendo essas permutas dependentes e influenciadas pelo mesmo.

Já PINTO FILHO (1975/1976, p. 65, 67), além de considerar que sistema aberto é aquele capaz de trocar recursos com o meio ambiente e o sistema fechado aquele que deve fazer reaproveitamento de seus recursos, também apresenta outras classificações aos sistemas:

a) centralizados ou descentralizados: o sistema que centraliza suas informações ganha em otimização, mas perde em comunicação; com o sistema descentralizado, o processo é o inverso;
b) determinísticos ou probabilísticos: sistema determinístico é aquele que é construído para ser determinado e previsível; o probabilístico é aquele que possui alto grau de liberdade opcional (geralmente são os sistemas abertos);
c) discretos ou contínuos: quando um sistema é discreto, quer dizer que o seu estado é bem diferenciado; quando ele é contínuo, as variações de um estado ao outro são imperceptíveis;
d) controlados por circuito de feedback ou circuito fechado: o sistema por circuito aberto é redutível ao de circuito fechado.

Para STAIR (1998, p. 8-9), os sistemas podem ser classificados como:

a) simples ou complexo: sistema simples é o que possui poucos elementos ou componentes, sendo a relação ou interação entre eles descomplicada e direta; já o sistema complexo tem vários elementos, os quais são altamente relacionados;

b) aberto ou fechado: o sistema aberto interage com o seu meio ambiente; o sistema fechado é o oposto, não apresenta qualquer interação com o ambiente;
c) estável ou dinâmico: estável é o sistema que demonstra pouca ou nenhuma mudança em relação às ocorridas no ambiente; por outro lado, o sistema dinâmico sofre mudanças rápidas e constantes devido as alterações do seu ambiente;
d) adaptáveis ou não-adaptáveis: o sistema adaptável é flexível em resposta às mudanças do meio; o não-adaptável não se altera com um ambiente mutável;
e) permanente ou temporário: sistema permanente é aquele em que sua existência dura por um longo período de tempo; o sistema temporário tem curta permanência de tempo.

Assim como as classificações, os comentários feitos pelos autores sobre os diferentes tipos de sistemas são completos, objetivos e de clara compreensão, pois os sistemas existentes atualmente não devem ser considerados apenas sob o ponto de vista físico, tangível ou visível, mas também em seu sentido abstrato e não real, assim como em relação à sua complexidade e durabilidade.

Existem ainda características referentes ao tamanho ideal de um sistema, as quais sugerem desprezar o que é supérfluo para um sistema. Uma vez que aspectos supérfluos são desprezados, o sistema pode vir a morrer sob a ação do tempo ou de outro agende nivelador, desestruturando-se em subsistemas e desativando-se até atingir a condição estável e definitiva de simples agregado, a chamada entropia (PINTO FILHO, 1975/1976, p. 68).

Uma vez criado, o sistema se desenvolve, se reproduz e se desativa, ou seja, chega ao seu estado de entropia. Todos os tipos de sistemas passam pelas mesmas condições, sejam eles vivos ou sociais, a entropia surge para ambos.

Com base nos autores apresentados, os quais abordam teorias sobre sistemas, conclui-se que há uma importância relativa aplicada aos sistemas e/ou subsistemas, a qual pode ser avaliada pela atribuição de três indispensáveis fatores, como a informação gerada pelo sistema, o controle interno e a contribuição do sistema, sempre

voltados à eficiência operacional da organização como um todo e aos benefícios esperados a partir do desenvolvimento dos sistemas de informação.

3.2 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Para iniciar esta seção, básicas e breves questões relacionadas aos termos informação e dados são tratadas, possibilitando, deste modo, a contextualização do tópico sistemas de informação.

No tempo das cavernas, o poder era detido por aqueles que possuíam recursos para a caça. Mais tarde, o próprio homem passou a plantar seus alimentos e a criar seus animais, passando o poder, então, para os que possuíam terra produtiva. No período industrial, o poder transferiu-se para as mãos dos que retinham ou exploravam recursos naturais, passando a mão-de-obra migrar-se para as cidades, onde estavam as fábricas. As indústrias começaram a produzir equipamentos sofisticados, como o armamento bélico, dando início à época do poder militar. Após as duas grandes guerras mundiais e outras tantas, o poder passou a ser dominado pela área financeira. Atualmente, o mundo encontra-se na Era do poder da informação. Mas, de fato, o que é a informação?

Na literatura, a informação é definida sob inúmeros e diferentes aspectos. Primeiramente, a palavra informação, de origem greco-latina, procede do latim informare, que significa dar forma, pôr em forma ou aparência, criar, mas também, representar e apresentar uma idéia ou noção de algo que é colocado em forma, em ordem (ARAUJO, 1995, p. 55).

Conforme a autora acima referenciada, o termo informação vem sendo usado, mais genérica e freqüentemente, a partir da década de 50 do século XX, principalmente para denotar mensagens, notícias, novidades, dados, conhecimento, literatura, símbolos, signos e, até mesmo, dicas e sugestões.

Em um conceito amplo, pode-se considerar informação como um conjunto de dados estruturados e organizados que explicam e dão sentido/significado a um determinado fato.

Para CASSARRO (1997, p. 56), por exemplo, a informação é um fato, um evento comunicado. O autor faz uma distinção neste caso, explicando que, se algo é comunicado mas não é um fato, este então é reconhecido apenas como fofocas e boatos. Por isso a necessidade e a importância de se levar sempre em consideração a relevância de uma dada informação. Neste sentido, segundo STAIR (1998, p. 4), informação é um conjunto de fatos organizados que adquirem valor adicional, além do seu próprio valor.

De acordo com MAÑAS (2000, p. 64), informação é um dado registrado, classificado, organizado ou interpretado dentro de um determinado contexto expressando significado, é um acréscimo de conhecimento. Para o autor, as informações geram custos de obtenção e de processamento, mas são extremamente interessantes à organização quando reduzem os custos e aumentam a eficiência.

A informação é criada definindo e organizando as relações entre os dados, sendo que a definição de diferentes relações resulta em diferentes informações. Ao se adicionar novos ou diferentes dados, indica que as relações podem ser redefinidas e novas informações podem ser geradas.

Visto na teoria que informação é um conjunto de dados, também é válido e importante destacar, neste contexto, uma curta e concisa explanação a respeito da definição de dados, a qual virá a possibilitar maior compreensão dos assuntos que estão sendo e serão abordados posteriormente.

Segundo STAIR (1998, p. 4), os dados podem ser definidos como os fatos em sua forma primária, sem estarem organizados ou arranjados de maneira lógica e significativa. A partir do momento que esses dados são então organizados, dão origem a uma informação.

Para OLIVEIRA (2001, p. 36), dado é qualquer elemento identificado em sua forma bruta que, permanecendo sozinho, não conduz a uma compreensão de determinado fato ou situação. Para o autor, o que distingue o dado da informação é o conhecimento que esta propicia para se tomar decisões.

Em uma visão geral, então, os dados podem ser considerados como fatos em sua forma bruta, como elementos não estruturados que, quando sós, não expressam

entendimento algum, ou seja, dado é a expressão em estado bruto e não interpretada de um fato.

Com base nestas definições, nota-se que não há diferenças significativas entre ambas, ao contrário, os conceitos de tais autores convergem para o mesmo ponto: quando ordenados e associados de modo significativo e possível de compreensão, os dados passam a ser considerados como a informação propriamente dita.

A transformação de dados em informação é um processo logicamente estruturado, o qual é executado para atingir um resultado final. Esse processo de definição de relações entre dados requer, pois, conhecimento. Conhecimento, por sua vez, é o corpo ou as regras, diretrizes e procedimentos usados para selecionar, organizar e manipular os dados, tornando-os úteis para uma tarefa específica (STAIR, 1998, p. 5).

De acordo com ARAUJO (1995, p. 56), a informação não é, na verdade, um conceito único e singular, mas sim, uma série de conceitos conectados por relações complexas. Desse modo, pode-se verificar a importância da informação por meio da frase resumida de SAGAN[3], citado por ARAUJO (1995, p. 55): “informação e alimento (ar, aí compreendido) são as condições necessárias à sobrevivência do ser humano”.

A informação, na realidade, é indispensável para toda e qualquer atividade humana, sendo cada vez mais vista como uma força poderosa e importante, a ponto de dar origem a expressões como: sociedade da informação, explosão da informação, Era da informação, indústria da informação, revolução da informação, sistemas de informação, entre outras (ARAUJO, 1995, p. 55).

Se a informação é tudo aquilo que altera e transforma, é então a mais poderosa força de transformação do homem. O poder da informação, associado aos modernos e sofisticados meios de comunicação, tem capacidade de transformar cultural, social e profissionalmente o homem, a sociedade e a própria humanidade como um todo.

Em relação a informação aplicada no contexto organizacional, sua definição segue um outro enfoque, o gerencial. Baseado nesta visão, OLIVEIRA (2001, p. 36)

---

3 SAGAN, C. The dragons of Eden: speculations on the evolution of human intelligence. New York: Ballantine Books, 1977.

considera informação o dado trabalhado que permite ao executivo tomar decisões, obtendo conhecimento para posicionar-se diante de um problema ou de uma situação qualquer.

Indiscutivelmente, a informação é um recurso vital, de extrema necessidade e importância na organização e, quando corretamente estruturada, integra os diversos subsistemas (setores) e as funções das várias unidades organizacionais. Além disso, a importância da informação pode ser aumentada a ponto de transformá-la no próprio centro da atividade da organização.

Assim sendo, é necessário que, ao se questionar a natureza das informações utilizadas e a pertinência das mesmas com relação às decisões tomadas na organização, se coloque, primeiramente, em evidência a dimensão política e operacional dos chamados sistemas de informação.

Reafirmando o histórico mencionado anteriormente, nas décadas de 40 e 50 do século XX, Von Bertalanffy sistematizou novas idéias científicas sobre a abordagem sistêmica, a qual, junto com o advento do computador e da explosão da informação, deu origem e consolidou os Sistemas de Informação (SI).

O surgimento dos SI é caracterizado pela necessidade de armazenar e dar acesso rápido e preciso ao grande volume de informações que vêm crescendo exponencialmente desde o século XVII, além do surgimento e desenvolvimento do computador, que era visto como a grande solução para os problemas de armazenamento e recuperação da informação.

Um sistema de informação pode estar inserido em inúmeros ambientes, pode ser criado de diversas maneiras, com formas variadas e com diferentes objetivos a serem atingidos. Sem que os indivíduos percebam, um sistema de informação pode, e muitas vezes está, presente no seu cotidiano, inserido em atividades do seu convívio.

Assim, um sistema de informação pode ser considerado como um tipo específico de sistema. STAIR (1998, p. 11-12), a propósito, define sistemas de informação como uma série de elementos ou componentes inter-relacionados que coletam, manipulam e armazenam, disseminam os dados e as informações e fornecem um mecanismo de feedback. Esses elementos, por sua vez, executam, seqüencialmente, as atividades de

captação e unificação dos dados primários, conversão ou transformação desses dados em saídas úteis, produção de informações proveitosas na forma de documentos e, por fim, ajustes ou modificações nas atividades de entrada ou processamento.

Genericamente, os SI são aqueles que objetivam a realização de processos de comunicação, ou seja, disponibilizam acesso às informações com a finalidade de maximizar o uso das mesmas. Visam também solucionar, mesmo que parcialmente, um determinado problema, proporcionando maior satisfação aos usuários.

Os SI constituem a “memória humana registrada”, pois, segundo ARAUJO (1995, p. 54), esses sistemas atravessaram grandes transformações até chegar aos modernos sistemas com base de dados em registros magnéticos, capazes de enviar grandes volumes de mensagens a velocidades surpreendentes e de armazenar milhões de itens de informação em minúsculos chips de computador.

Sendo então o sistema de informação um modelo específico de sistema, BIO (1985, p. 25) o conceitua como um subsistema de um sistema maior, sendo composto por um conjunto de subsistemas de informação interdependentes. Ainda, segundo o autor, essas relações de interdependência entre os subsistemas resultam, basicamente, na troca de informações entre eles.

MIURA (199-, p. 16), por sua vez, define os SI como um conjunto inter-relacionado de elementos que têm por objetivos a identificação, a coleta, a preparação, o armazenamento, a atualização, a recuperação e o uso de toda a informação julgada relevante para apoiar a maneira específica pela qual se implementa um conjunto de decisões. Para tanto, o autor relaciona algumas considerações fundamentais que devem orientar a concepção de qualquer sistema de informação, dentre as quais estão:

a) os componentes dos sistemas de informação existem para e em função dos objetivos da organização;
b) a determinação das informações a serem proporcionadas pelo sistema é conseqüência dos processos específicos de cada setor da organização;
c) os elementos que compõe um sistema de informação podem ser implantados de forma manual ou computadorizada.

Para ARAUJO (1995, p. 55, 63), os sistemas de informação são considerados sinônimos de sistemas de recuperação da informação, além de citar os sistemas humanos de processamento da informação e os sistemas eletrônicos de processamento de dados, todos constituindo exemplos de mecanismos exclusivamente planejados para possibilitar a recuperação da informação. Dessa forma, a autora afirma que os sistemas de recuperação de informação são tipos de sistemas de comunicação que visam dar acesso às informações neles registrados.

Um sistema de informação torna-se inexistente sem o processo dinâmico e automático da informação, mas, no entanto, não se reduz somente à aplicação de mecanismos da Informática. Nesse contexto, LESCA[4], citado por MAÑAS (2000, p. 55), descreve sistema de informação como o conjunto interdependente de pessoas que participam do processo de informação; de estruturas da organização, como os circuitos de informação, os documentos e a descentralização; de tecnologias de informação; e de procedimentos e métodos que devem permitir à organização dispor, em tempo desejado, as informações que necessita para o seu funcionamento atual e para sua evolução.

Visando atender seus objetivos e executar suas diversas funções, um SI, de qualquer que seja a organização, deve ser composto, de acordo com CASSARRO (1997, p. 57), pelos seguintes tipos de informações:

a) informações operacionais: aquelas indispensáveis para a execução das atividades, ou seja, para o cumprimento de procedimentos operacionais;
b) informações gerenciais: aquelas necessárias para a tomada de decisões sobre alguma área ou processo.

Neste contexto, de que diferentes informações devem estar presentes em um sistema de informação, a literatura aborda modelos específicos desses sistemas, tais como: os Sistemas de Apoio às Operações (SAO); os Sistemas de Informações Gerenciais (SIG), os Sistemas Especialistas (SE) e os Sistemas de Inteligência Artificial (SIA).

4LESCA, H. Structure et systeme d'information facteurs de competitive de l'enterprise. [S. l]: Masson, [19--].

Como já visto, além de um sistema de informação auxiliar nas respostas de uma variada gama de necessidades de informação para a tomada de decisões, bem como oferecer apoio às operações rotineiras de uma organização, pode, no entanto, apresentar algumas dificuldades relacionadas à sua implantação e desenvolvimento, as quais vão além de problemas técnicos (BIO, 1985, p. 26). O autor também ressalta que tais dificuldades estão associadas à confusão de conceitos que surge na área dos SI, como a constante colocação de idéias sobre processamento integrado de dados, banco de dados, teleprocessamento, procedimento, entre outras.

Existem ainda os sistemas de informação documentária, os quais não podem, mesmo que com menos ênfase, deixar de serem abordados nesta seção, pois tratam-se de um tipo especifico de sistema que opera informações referenciais ou representativas de recurso de informação, genericamente denominados de documentos.

Os documentos, por sua vez, podem ser conceituados como qualquer tipo de suporte físico que contenha informação. Esse conceito evoluiu muito nas últimas décadas, passando o suporte físico a ser considerado muito além que papel, incluindo-se aí diferentes formas ou materiais para o sustento e armazenamento da informação, tais como: discos, fitas, arquivos de computador, objetos, entre outros.

Para compor um sistema, os documentos precisam passar por algumas etapas, dando origem ao processo de documentação. Dentre essas etapas estão a de reunir, classificar e difundir os documentos em todas as áreas do conhecimento humano. Contudo, esse ciclo documentário completa-se somente com a execução de todas as etapas, a quais determinam a existência de um sistema ou de um centro de documentação. Esse centro, por sua vez, pode ser definido como um conjunto de serviços constituído por documentos gerais ou especializados, completos ou parciais, os quais são organizados sistematicamente e colocados à disposição dos usuários interessados (ROBREDO, 1978, p. 1-3).

Para o autor, um processo documentário, quando completo, pode ser determinado como um sistema, aonde uma série de elementos “chegam” para ser tratados e convertidos em um produto mais fácil de ser disseminado e assimilado pelo

usuário. Nesse sistema, como em qualquer outro, também são encontrados os componentes de entrada, processamento, saída e retroalimentação. Além disso, ROBREDO (1978, p. 4-6) enumera, entre outras, algumas operações desse processo, dentre as quais estão: a seleção; a análise de conteúdo; a indexação; a descrição bibliográfica; a catalogação; o armazenamento físico dos documentos; a recuperação da informação; a busca bibliográfica e a disseminação seletiva da informação.

Toda a técnica para a realização desse processamento está devidamente estabelecida pela Biblioteconomia, por meio de padrões internacionais da informação do ponto de vista de sua descrição e conteúdo, como de sua formatação em banco de dados.

Um sistema de informação documentária também é responsável pela conservação dos documentos, procurando recursos para combater sua deterioração, na busca do maior prolongamento possível de vida útil para esses documentos.

Segundo SPINELLI JUNIOR (1997, p. 15, 17), é preciso que o homem direcione suas atenções para a melhor maneira possível de conservação à informação que vem sendo produzida e registrada, sobretudo àquelas sob a forma de manuscritos ou impressos em suporte de papel. Para tanto, o autor apresenta alguns padrões de conduta que devem ser aplicados, tais como:

a) formulação de um diagnóstico do estado geral de conservação da documentação;
b) registro de todos os documentos históricos que, porventura, venham a ser encontrados,
c) aplicação de um tratamento de conservação dentro do necessário, orientado pelo absoluto respeito à integridade estética, histórica e material de um documento;
d) adoção de um princípio de reversibilidade e aplicação do método de conservação em documentos.

A padronização da descrição arquivística também é outro fator de fundamental importância para a conclusão de um processo documentário, tornando-se indispensável para a existência e a execução de um sistema de informação documentária. Essa

importância se dá, principalmente, em função cada vez maior da troca de informações que ocorrem em todos os setores, tanto em nível nacional quanto internacional, sendo esse fator um processo que se desenvolve nas mais diversas áreas do conhecimento.

De acordo com HAGEN (1998, p. 294), a descrição arquivística é o método pelo qual se representa o conteúdo de um determinado documento, processando-se por meio de instrumentos de pesquisa ou mecanismos de busca, os quais vão do geral ao especifico. Para a autora, a realização da descrição documental deve considerar, sobretudo, aspectos como: a sua substância, a qual deve indicar a unidade de organização, funções, operações e assuntos; e a sua estrutura, que deve indicar o esquema de classificação adotado, unidades de arquivamento, datas abrangentes, classes e tipos físicos de documentos.

É válido afirmar que o enfoque da arquivística é a própria informação registrada nos documentos, evidenciando sempre o contexto de que como estes foram produzidos ou adquiridos. Por fim, verifica-se que a descrição está sendo objeto de esforços de padronização, basicamente em função do impacto das novas tecnologias, as quais permitem, hoje já integralmente, a troca de informações em uma sociedade globalizada.

Como mencionado anteriormente, um sistema de informação pode ser implantado de forma manual ou informatizada, esta última por meio de recursos eletrônicos e computacionais. Na maior parte das vezes, a tendência de um sistema de informação é se iniciar de modo manual e transformar-se, posteriormente, em um sistema computadorizado. Porém, é preciso destacar que a simples informatização de um sistema manual não garante sua melhor performance e eficácia, pois, se o sistema de informação subjacente estiver defeituoso, a computadorização do mesmo pode vir a aumentar o impacto dessas falhas.

Segundo STAIR (1998, p. 13), um sistema de informação baseado em computador é composto pelos seguintes componentes básicos:

a) hardware: consiste no equipamento do computador usado para executar as atividades de entrada (teclado, scanner, etc.), processamento (memória, armazenagem, etc.) e saída (monitor, impressora, etc.);

b) software: consiste nos programas e nas instruções dadas ao computador e aos usuários;
c) banco de dados: coleção organizada de fatos e informações, sendo considerado um dos elementos mais valiosos e importantes de um sistema de informação computadorizado;
d) telecomunicações: permitem às organizações ligar os sistemas de computador em verdadeiras redes de trabalho;
e) pessoas: consideradas tanto os profissionais como os usuários do sistema, são o elemento central e de maior importância nesse tipo de sistema;
f) procedimentos: incluem as estratégias, as políticas, os métodos e as regras usadas pelo homem para operar um sistema de informação computadorizado. Em síntese, os SI, sejam eles de quaisquer modelos e finalidades, possuem um papel fundamental e cada vez maior nas organizações, promovendo um grande impacto na estratégia corporativa e no sucesso das mesmas. Este impacto pode beneficiar a organização, os usuários do sistema e qualquer indivíduo que interagir com este sistema.

Por fim, pode-se afirmar que o sistema de informação, quando eficaz, é um recurso indispensável para dar apoio às operações e à tomada de decisões em uma organização moderna, garantindo assim a satisfação total do usuário/cliente interno e externo.

3.3 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR

A utilização de mecanismos de informação têm reformulado todos os campos das ciências, sobretudo a área da Saúde, vital para a humanidade. No entanto, a necessidade de atualização, especialização e troca de conhecimentos pode variar entre diferentes instituições, mas, no ambiente hospitalar essa necessidade é imediata, indispensável e constante.

As informações aplicadas e obtidas de boletins médicos, controle dos planos de saúde, controle das medicações e dos tratamentos, emissão de laudos, prescrição e prontuários médicos fazem parte da rotina diária nos hospitais. Portanto, a gestão

integrada da informação médica na instituição torna-se imprescindível em função da tomada de decisões tanto clínica quanto administrativa e gerencial. Conforme afirma TACHINARDI (2000, p. 165), a informação no campo da saúde é vista com um valioso patrimônio e ferramenta, sendo a comunicação o fio condutor que permeia as ações nessa área.

Neste contexto, cabe ressaltar, primeiramente, o uso e a importância da informação médica na área da saúde, desde o seu surgimento no mundo antigo até o seu gradual aumento de complexidade nos dias de hoje, assim como cabe relatar o aparecimento do hospital como uma organização. Também merece destaque a incorporação da tecnologia da informação e seus respectivos avanços nesta área, pois esta vem agindo como instrumento para viabilizar a estruturação e o uso mais eficiente da informação no ambiente hospitalar.

Segundo FERREIRA & LIRA (2000, p. 173), o registro da informação médica nasceu com o início da própria prática médica, na Mesopotâmia, de onde provêm os textos médicos mais antigos registrados em tabuletas de barro com escrita cuneiforme[5], do mesmo modo que foram encontrados os mais antigos regulamentos da prática médica, estes inseridos no Código de Hamurabi (1700 a.C.).

Por volta do século VII a.C., a Biblioteca de Assurbanipal continha mais de vinte mil tabuletas, sendo essa a maior fonte de conhecimento sobre a sociedade médica mesopotâmica. Além de relatos sobre doenças, com seus sintomas, diagnóstico, prognóstico e tratamento, essas tabuletas incluíam listas de medicamentos e seu uso apropriado; e embora não tenha sido encontrada nenhuma tabuleta dedicada exclusivamente aos atos cirúrgicos, há evidências de que alguns destes eram praticados. Contudo, essa prática médica inicial era registrada, conforme a tecnologia disponível na época, possibilitando assim o ensino e o desenvolvimento do conhecimento médico (FERREIRA & LIRA, 2000, p. 173-174).

De acordo com os autores, no antigo Egito a escrita apresentou significativa evolução para a informação médica, com a introdução do alfabeto egípcio e de uma

---

5 Cuneiforme é um adjetivo que significa algo que tem forma de cunha. Cunha, por sua vez, é uma peça de ferro ou de madeira que se introduz numa brecha para fender pedras, madeiras, etc., ou servir de calço. Fonte: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Minidicionário da língua portuguesa. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988. p. 147.

nova forma de registro, o papyrus e a tinta. A partir do século V a.C., até os dias de hoje, todo o conhecimento médico do mundo ocidental passou a ser influenciado pelos ensinamentos de um homem conhecido como Hipócrates, “o Pai da Medicina”, este nascido na Ilha de Cos, na Grécia, aproximadamente em 460 a.C.

Em sua obra conhecida como Coleção Hipocrática, a qual fez parte da Biblioteca de Alexandria, estão compreendidos cerca de setenta e dois livros e cinqüenta e nove tratados. Seus trabalhos expressam o método hipocrático, que introduziu a racionalidade excluindo as explicações sobrenaturais ou religiosas para as doenças, representando, desse modo, um grande avanço no pensamento médico. Para FERREIRA & LIRA (2000, p. 174), este método pode ser descrito por meio dos seguintes princípios:

a) observação total: tudo deve ser visto, ouvido, cheirado, provado e sentido, sendo que todos os achados devem ser fielmente registrados;
b) estudo do paciente em vez da doença: devem ser estudados seus hábitos, ambiente, dieta, idade e modo de vida;
c) avaliação honesta do paciente e sua doença: essa ação garante um grande prestígio ao médico;
d) apoio à natureza: o médico também deve dar condições propícias para que as forças naturais ajudem na recuperação do paciente.

Surge então, com Hipócrates, o hábito de registrar o curso da doença em cada paciente, tendo esse registro médico, segundo VAN GINNEKEN & MOORMAN[6], citados por FERREIRA & LIRA (2000, p. 174), dois objetivos: refletir, cuidadosamente, a evolução da doença e indicar as possíveis causas da doença.

Em relação ao surgimento do hospital, é difícil de afirmar quando este foi realmente instituído, mas sabe-se que no mundo islâmico o sistema hospitalar desenvolveu-se antes do que no mundo cristão. Somente a partir dos séculos XII e XIII, no Ocidente, é que o controle dos hospitais e enfermarias foi transferido da Igreja para os municípios.

---

6 VAN GINNEKEN, A. M.; MOORMAN, P. W. The patient record. In: VAN BEMMEL, J. H.; MUSEN, M. A. (Org.). Handbook of medical informatics. Germany: Springer-Verlag, 1997.

No entanto, o hospital como recurso terapêutico e curativo só apareceu claramente por volta de 1780, tendo sido aplicadas novas práticas, como a da visita médica e a da observação sistemática e comparada dos hospitais. Por outro lado, até o século XVIII o hospital não era considerado uma instituição médica, mas sim, uma instituição de assistência aos pobres.

A partir dessa visão, o hospital começou a sofrer novas e complexas transformações, incorporando longas séries de observações a fazerem parte da prática médica. Iniciou-se, então, a partir do século XVIII, a reorganização hospitalar com a introdução de novas tecnologias, políticas, regras e regulamentos, sem ignorar o registro contínuo dos dados referentes ao ambiente hospitalar.

Com a mudança do papel do hospital, o médico passou a ser o principal responsável por sua organização, sendo apenas mais tarde estabelecidas as demais hierarquias responsáveis pelo sistema hospitalar. Como exemplos dessa mudança pode-se citar o fluxo das visitas aos pacientes, que foi aumentado gradativamente, e a determinação de que um médico deveria residir no hospital, podendo ser solicitado a qualquer hora do dia ou da noite, criando-se assim os chamados plantões médicos.

Entretanto, outras mudanças significativas também começaram a surgir no final do século XVIII. Segundo FERREIRA & LIRA (2000, p. 176), a figura do “grande médico de hospital” apareceu, tornando-se mais sábio aquele quanto maior fosse sua experiência hospitalar. Além disso, surgiram: a organização de um sistema de registro permanente e exaustivo de tudo o que acontecia; a prática de identificação dos doentes, fixando-se uma etiqueta em seu punho; o aparecimento, em cima do leito, da ficha com o nome e a doença do paciente; os registros que acumulavam e disponibilizavam informações relacionadas aos pacientes, conhecidos hoje como prontuários médicos ou prontuários do paciente.

De acordo, ainda, com esses autores, a partir de 1785 os médicos passaram a ser obrigados, no mínimo uma vez por mês, confrontarem seus registros e suas experiências para observar os diferentes tratamentos aplicados, quais obtiveram maior êxito, se as doenças epidêmicas foram transmitidas, entre outras comparações. Com essas práticas, passou a ser o hospital um local de acúmulo de informações e formação

de saber, não estando mais o conhecimento médico apenas nos grandes tratados de Medicina, mas também inserido no próprio hospital.

Ao longo dos séculos XIX e XX começaram a surgir os grandes complexos hospitalares ligados, principalmente, às Universidades, voltados também ao ensino e à pesquisa, proporcionando uma rápida evolução tecnológica, a qual, juntamente com o excesso e acúmulo de informações, deu origem aos Sistemas de Informação Hospitalar (SIH).

Devido a sua multidisciplinaridade e seu avanço tecnológico, o hospital do século XX tornou-se o melhor exemplo de organização complexa. Porém, quanto mais complexa é uma organização, maiores são os seus problemas de comunicação, coordenação e controle, sendo este último uma questão de sobrevivência da organização.

O uso rotineiro de informações em um hospital atende, principalmente, as necessidades de assistência ao paciente e o funcionamento do próprio hospital. Contudo, as mudanças que podem vir a ocorrer, tanto no ambiente hospitalar quanto nas formas de tratamento do paciente, trazem também a necessidade de modificações nos sistemas de informação hospitalar.

O papel das informações em um hospital não é diferente do seu papel em outras organizações, sendo o sistema de informações fundamental na coordenação e controle de suas atividades, bem como na avaliação de seu desempenho. Neste sentido, atua a Informática Médica, que procura atender e organizar as informações no ambiente hospitalar, tanto no que se refere à prática dos profissionais de saúde, ao ensino e à pesquisa, quanto no que se refere à aplicação de novas tecnologias para o auxílio do gerenciamento das informações.

Sobre a aplicação da Informática em saúde, seus primeiros passos ocorreram no início da década de 1960 nos grandes hospitais-escola dos Estados Unidos e Europa, com a utilização de computadores de grande porte, restritos à gestão administrativa. Mais tarde, com o aparecimento dos computadores de médio e pequeno porte, foi possível um grande progresso das aplicações clínicas e técnico-científicas, surgindo assim os primeiros sistemas departamentais de gestão de dados para a área da Saúde,

elaborados a partir do desenvolvimento de novas linguagens e conceitos, como gerenciadores de banco de dados, sistemas modulares, inteligência artificial, entre outros. Com isso, o aprimoramento da tecnologia de informática incentivou o desenvolvimento de uma infinidade de sistemas na área médica, como os já mencionados sistemas de informação hospitalar, os sistemas de clínicas, os sistemas de apoio a decisão, além de projetos nas áreas de prontuário eletrônico do paciente (ABRAHÃO, 1999, p. 23).

Segundo essa autora, o uso da Informática na gestão hospitalar evoluiu nos últimos vinte e cinco anos, de uma situação onde o computador era utilizado somente na realização de tarefas simples e isoladas, até o atual nível de integração global, sendo possível, por meio da informatização, integrar os diversos setores de geração e utilização da informação dentro da organização hospitalar, onde todo e qualquer dado passa a estar disponível tão logo seja atualizado. Assim sendo, a ênfase no processo de informatização na área da saúde reside, sobretudo, nos SIH (ABRAHÃO, 1999, p. 17, 22).

Um SIH pode ser descrito, conforme ABRAHÃO (2000, p. 17, 36), como um sistema de informação computadorizado, com o objetivo de registrar dados sobre os pacientes no ambiente hospitalar, sendo estes dados dispostos de tal forma que possam ser compartilhados por todos os setores do hospital que deles necessitem. Além disso, esse sistema tem como proposta armazenar, organizar e distribuir as informações clínicas e administrativas que circulam na organização, visando, constantemente, o gerenciamento das mesmas.

Complementando, LODDER[7] et al., citados por FERREIRA & LIRA (2000, p. 180), apresentam outros objetivos finais de um SIH, em que destaca:

a) o uso mais eficiente dos recursos disponíveis e limitados para a assistência do paciente;
b) a melhoria da qualidade do serviço prestado ao paciente;

---

7 LODDER, H.; BAKKER, A.; AWETSLOOT, J. H. M. Hospital information systems: technical choices. In: VAN BEMMEL, J. H.; MUSEN, M. A. (Org.). Handbook of medical informatics. Germany: Springer-Verlag, 1997.

c) o apoio à pesquisa;

d) o apoio ao ensino.

De acordo com a autora, as informações contidas em um SIH devem ser integradas e, principalmente, auxiliar no acompanhamento do paciente. Para ela, um SIH deve ser elaborado para receber dados e informações objetivas, compreensíveis e destinadas aos indivíduos que necessitam destas informações específicas, bem como ser de fácil manuseio, com módulos e funções desenvolvidos conforme a necessidade do ambiente e do usuário, devendo ser eficaz, ágil, seguro e confiável. Deste modo, para a análise, definição e desenvolvimento de um SIH é inevitável que se observem os fluxos de informações originadas das operações diárias e os dados repassados pelos profissionais da área.

A existência de tal sistema se justifica, principalmente, porque os profissionais que atuam na área da Saúde carecem de dados organizados num ambiente onde facilmente possam recuperar as informações necessárias para realizar suas funções com eficiência. Integrar, comunicar e coordenar a ação de diversos setores e múltiplos profissionais da saúde, fundamenta a principal proposta para o desenvolvimento e implantação de um SIH (ABRAHÃO, 2000, p. 36).

Ainda em relação às funções que compõem um SIH, podem ser citadas: a gestão das informações administrativas e clínicas do hospital, o gerenciamento dos serviços médicos, o controle de custos, o auxílio na redução dos tempos de espera e de internação, bem como o apoio nas atividades de planejamento e tomada de decisões.

O hospital possui setores com estruturas e procedimentos bem definidos, onde a tecnologia da informação pode ser implantada com sucesso, sem a ocorrência de falhas ou “panes” complicados. Por outro lado, em outros setores, sobretudo aqueles que prestam assistência direta aos pacientes, onde seus procedimentos são especializados e personalizados, a implantação de sistemas de informação computadorizados é um processo bem mais complexo e trabalhoso, porém, não impossível de ser executado (FERREIRA & LIRA, 2000, p. 178).

Neste mesmo contexto, de que sistemas computadorizados, por mais complexas que sejam suas implantações, devem ser desenvolvidos e implementados em um

ambiente hospitalar, é válido ressaltar a consideração feita por LABEL (199-, p. 16) sobre tal ação, expressada na seguinte frase: “a informatização deve ser total e não parcial ...”

Segundo ABRAHÃO (2000, p. 24), no início do desenvolvimento dos SIH, somente as grandes instituições podiam investir no financiamento de equipamentos adequados para a implantação desses sistemas. Mas, com o passar do tempo, tanto o hardware quanto o software tornaram-se mais acessíveis, possibilitando também às instituições de médio e pequeno porte a desenvolverem e implantarem um SIH, o qual veio a facilitar a troca de informações administrativas e de pacientes entre os setores de um hospital.

Assim sendo, um número considerável de hospitais possuem hoje algum nível de informatização de suas rotinas e atividades, principalmente no que se refere à área administrativa, já que o gerenciamento de dados clínicos ainda apresenta um certo atraso em relação aos países do primeiro mundo. Entretanto, existe a necessidade de integração entre os vários setores e até mesmo dos sistemas adquiridos isoladamente, além da integração entre diferentes instituições, procedimento este cada vez mais raro de ser executado.

No Brasil, a maioria dos SIH focalizam apenas o controle administrativo do paciente e do hospital, sendo que os dados gerados pelo acompanhamento dos vários profissionais envolvidos no cuidado com o paciente não saem, muitas vezes, do papel. Além disso, antes mesmo de os dados serem transcritos para o computador, muitos documentos são extraviados durante a passagem do paciente pelo hospital, chegando-se a conclusão que, para a implantação de um SIH, é pré-requisito a organização da documentação médica. Requerimentos, rotinas, procedimentos, prontuários e outros tipos documentos que fluem na organização devem ser primeiramente organizados, padronizados e normalizados para depois poderem ser informatizados, pois só assim será possível a correta recuperação e troca de informações entre os canais de comunicação tanto intra como interinstitucionais (ABRAHÃO, 2000, p. 28-29).

A integração dos sistemas de informação hospitalar infelizmente não ocorre por completo, quer seja dentro da própria instituição ou entre instituições, sendo este um

grande desafio. De acordo com ABRAHÃO (2000, p. 19, 29), a informação médica é tratada enfocando-se as particularidades de cada hospital ou de cada serviço, onde cada instituição utiliza seus próprios formatos e padrões, sendo este tratamento considerado uma barreira para a integração das atividades de representação e recuperação da informação entre as instituições da área de saúde. Para a autora, é necessário o uso de uma linguagem comum, ou seja, de uma padronização possível de ser reconhecida e interpretada por todos os diversos usuários do sistema, para que assim possa haver uma comunicação, entendimento e recuperação da informação médica representada e transmitida. Neste sentido, os padrões são necessários para que haja troca e recuperação compreensível das informações, tornando-se uma realidade para o ambiente de saúde.

Na visão de FERREIRA & LIRA (2000, p. 179-180), cada dado e informação coletados devem ser representados e armazenados de modo que possam ser recuperados, sem que haja inconsistência em relação aos seus significados. Para os autores, esse procedimento requer um grande trabalho de análise, modelagem e padronização, envolvendo uma equipe responsável pela construção do sistema e os próprios usuários da informação. Os autores ressaltam ainda que os padrões utilizados devem ser abertos e conhecidos pelos usuários do sistema, já que a Saúde é uma área habituada com termos e jargões próprios e especializados.

De todas as funções e práticas médicas exercidas em uma organização hospitalar, o registro de tudo o que ocorre com o paciente durante sua estadia no hospital tem sido a base para o desenvolvimento e a implantação de um SIH. Cabe aqui então destacar que a principal estrutura voltada para o registro, armazenamento e análise de informações introduzidas no hospital é o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), onde também está inserida a gestão dos prontuários médicos, documentos estes que são abordados mais exaustivamente na seção a seguir.

3.4 SISTEMA DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS

Basicamente, existem três elementos que estão envolvidos em um sistema de prontuários médicos: o prontuário médico tradicional, o prontuário médico eletrônico e o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME). Cada um desses elementos são abordados exaustivamente nesta seção, a fim de que se obtenha por meio da literatura conhecimentos mais consistentes a respeito do tema explorado na presente pesquisa.

3.4.1 O Prontuário Médico Tradicional

Para cada paciente admitido em um hospital, é obrigatória a existência de um prontuário médico, o qual uma vez iniciado permanece aberto até a saída do paciente do hospital, quando então é enviado para o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do mesmo, permanecendo aí por tempo indeterminado. Mas, afinal, o que vem a ser um prontuário médico?

Segundo SOUNIS (1993, p. 73), o prontuário médico é definido como um documento legal que relata, com detalhes e ordenamento, o caminho percorrido pelo paciente no hospital, desde sua entrada até sua saída. Para o autor, o prontuário é um processo dinâmico, pois, uma vez iniciado, permanece aberto por tempo indeterminado, sendo desarquivado para incluir novas anotações toda vez que o paciente retornar à Instituição.

LORENÇO (2001, p. 2), por sua vez, conceitua o prontuário como um conjunto de documentos onde devem ser registrados, por uma equipe multiprofissional, os atendimentos prestados a um paciente, ressaltando que tal documentação deve, com maior prioridade, ser considerada como prontuário do paciente

De acordo com MEZZOMO (1991, p. 245), prontuário médico ou prontuário do paciente, como também é denominado pelo autor, é o conjunto de documentos e informações referentes a um paciente e sua doença, sendo de grande valor, pois é elaborado por diferentes profissionais de alto nível.

A definição apresentada por CARVALHO (1977, p. 143) descreve prontuário médico como um conjunto de documentos padronizados, destinado ao registro da

assistência prestada ao paciente, desde a sua matrícula até sua saída do hospital. Concordando com tal definição, o Ministério da Saúde[8], citado por LOURENÇO (2001, p. 1), conceitua prontuário médico como “um conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinado ao registro dos cuidados médicos e paramédicos prestados ao paciente pelo hospital”.

Conforme MEZZOMO (1991, p. 245, 248), o prontuário médico é a história resumida do paciente e sua doença, isto é, o relato das informações precisas e específicas do paciente, desde a sua admissão até sua saída na unidade de saúde, contendo informações como a identificação do paciente, a origem de sua doença, o diagnóstico provisório e definitivo da mesma, os exames realizados, o tratamento, a evolução clínica, a prescrição médica e o resultado final, sendo este a alta, o retorno ou o óbito. No entanto, como instrumento de comunicação que é, o prontuário deve conter uma linguagem clara e concisa, evitando códigos pessoais, taquigrafias e principalmente grafia ilegível, que é um problema universal nos hospitais.

A partir dessas definições, colocadas por diferentes autores, percebe-se que não há discordância conceitual significativa entre elas, apesar da variação das informações dos pacientes registradas nos prontuários dos diferentes hospitais.

O prontuário médico é, indiscutivelmente, importante para a Instituição, pois é o reflexo de sua eficiência, oferecendo a possibilidade desta Instituição ser alertada sobre serviços, diagnósticos e tratamentos que não estão sendo praticados como deveriam ser (CARVALHO, 1977, p. 146).

Todavia, infelizmente, na maioria das vezes o prontuário é incompleto, tornando-se deficiente e maléfico para o hospital. De acordo ainda com CARVALHO (1977, p. 143, 147), é nos hospitais de ensino médico onde se encontra a grande parte dos prontuários incompletos, constituindo-se em um misto de dados obtidos sem sistemática e sem supervisão adequadas, sendo que nem sequer o diagnóstico do paciente consta em todos os prontuários e o relatório de operação freqüentemente é omisso. Entretanto, a autora também salienta que o prontuário médico não deixa de ser

---

8BRASIL. Ministério da Saúde. Unidade de Documentação Médica. Normas de administração e controle do hospital. Brasília, [19--].

importante para o corpo clínico, principalmente nos hospitais de ensino, onde há oportunidade de desenvolvimento da pesquisa.

Conforme mencionado na seção referente à Sistemas de Informação Hospitalar (seção 3.3), o surgimento do prontuário médico teve início com a própria prática médica, na Mesopotâmia, aproximadamente em 1700 a.C. Contudo, segundo CARVALHO (1977, p. 142), foi no século XVIII que houve a percussão do prontuário médico, sendo Benjamin Franklin, nos Estados Unidos, o primeiro profissional a fazer anotações das observações clínicas, as quais foram manuscritas, especificamente, no Pennsylvania Hospital de Filadélfia, em 1752. A autora ainda aponta que, nos cinqüenta primeiros anos de funcionamento, os dados que faziam parte da observação clínica nos hospitais eram limitados ao nome, endereço, sintomas, data de admissão, data e condições de saída do paciente, sendo que somente a partir de 1873 o prontuário começou a ser arquivado e conservado, como vem sendo feito até hoje.

No Brasil, a evolução do prontuário médico vem da criação das escolas médicas, sendo que em algumas este já atingiu padrão perfeitamente aceitável, permitindo investigação e pesquisa, além de fornecer dados que levam a analisar com facilidade o trabalho do corpo clínico, dos serviços de enfermagem, dos serviços de apoio médico e do próprio hospital. Assim, coube ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1943, a iniciativa de implantar um SAME pela primeira vez no país, responsabilizando-se por apresentar um prontuário médico completo e padronizado que servisse à maioria dos serviços médicos constituídos no Hospital (CARVALHO, 1977, p. 142-143).

Considerado, então, o prontuário médico uma documentação de importância vital, não apenas para o médico ou para o próprio paciente, mas, sobretudo, para o hospital, para a equipe de saúde e para o ensino e a pesquisa, serve também como instrumento de defesa e proteção para todos os envolvidos, principalmente em relação às suas questões éticas.

Assim sendo, MEZZOMO (1991, p. 249-250, 255) sugere algumas condições para um bom prontuário médico:

a) consciência da importância: admissão e reconhecimento da utilidade do prontuário médico, conscientizando os profissionais de sua responsabilidade pelo mesmo;
b) definição clara das funções: as atribuições dos diferente profissionais devem ser claramente identificadas no prontuário;
c) rotinas escritas: apresentação escrita e detalhada das atividades de cada setor;

d) clareza da escrita: a letra pouco legível de um médico dificulta o trabalho da enfermagem e de outros serviços, passando a ser fonte de constantes erros;
e) preenchimento completo do itens: um prontuário incompleto não tem a mesma validade e utilidade de um outro completo, pois o não registro dos dados impede o estudo comparativo para o ensino e pesquisa, bem como a investigação para a auditoria médica.

Um prontuário médico é composto pela reunião de diversos formulários, nos quais são registradas as anotações da vida clínica e social do paciente. SOUNIS (1993, p. 75-76) sugere que estes formulários sejam confeccionados em papel branco resistente, de tamanho ofício (21,5 x 31,5 cm) e de preferência impressos em tinta preta, para facilitar fotocópias ou outros tipos de reprodução. As margens em ambos os lados da lauda também devem ser observadas, assim como os espaçamentos entre linhas, que devem ser deixados de modo que o seu preenchimento seja legível. Para o autor, é importante que o logotipo, o nome e a entidade mantenedora do hospital estejam presentes em todos os formulários, pois estes elementos facilitam a identificação dos mesmos sempre que necessário. O autor afirma, ainda, que uma Comissão de Prontuários Médicos deve ser organizada em cada hospital para estudar e planejar, nos mínimos detalhes, novos modelos de padronização para os formulários dos prontuários médicos, visando a sua uniformização em toda a rede hospitalar.

LOURENÇO (2001, p. 3) concorda com a necessidade de se estabelecer um padrão para as informações dos prontuários médicos, uma vez que isto beneficia toda a comunidade usuária e os serviços hospitalares. Neste âmbito, é necessário ressaltar a

importância da descrição arquivística e o seu processo de padronização, facilitando assim tanto o registro como a recuperação e o acesso aos prontuários médicos.

No entanto, para a disposição desses formulários dentro do prontuário, não existe uma norma ou seqüência lógica requeria, adotando cada hospital a sua própria padronização para o arquivamento. MEZZOMO (1991, p. 130) é de opinião que, estando os prontuários com seus devidos formulários preenchidos e ordenados, em envelopes ou pastas especificas, tendo do lado de fora tanto o nome quanto o número do prontuário e data de admissão do paciente, estes então devem ser armazenados em prateleiras, de acordo com um sistema pré-estabelecido por cada organização hospitalar.

De acordo com CARVALHO (1977, p. 185), existem dois tipos básicos para o arquivamento de prontuários médicos, o alfabético e o numérico. No primeiro sistema, que não é aconselhável, os prontuários são arquivados pelo nome ou sobrenome do paciente, tornando sua recuperação de difícil acesso, já que esta não é dotada de um sistema automatizado. O segundo método de arquivamento, este já indicado a todas instituições, é o sistema de atribuição de um número seqüencial logo na admissão do paciente no hospital, passando este número a identificar não somente o prontuário, mas também o próprio paciente.

Para SOUNIS (1993, p. 66), o método de ordem numérica, além de ser o mais usado, apresenta a vantagem de tornar mais rápida e segura a localização dos prontuários, facilitando sua expansão no arquivo. O autor ainda aponta que esse método pode ser executado de várias maneiras, porém a mais utilizada e convencional é a numeração unitária, também conhecida como numeração contínua. Essa numeração consiste em cada paciente receber um número permanente, iniciado com a sua primeira matrícula no hospital. Segundo CARVALHO (1977, p. 187), esse número de registro dado a cada paciente é sempre o mesmo, independente das vezes que ele retornar ao hospital para novas consultas, dentro do mesmo ano ou em anos subseqüentes. Para a autora, todos os dados relacionados à doença ou as várias doenças que por ventura um paciente venha a manifestar, são reunidos sob o mesmo

número, que não pode ser disponibilizado a outro paciente, mesmo em caso de falecimento.

SOUNIS (1993, p. 66-67) também ressalta que quando o arquivamento dos prontuários segue ao sistema de numeração crescente e contínua, torna-se fácil a retirada de qualquer prontuário, bem como sua recolocação no mesmo lugar, afirmando que a numeração dos prontuários constitui o método mais eficiente para o seu arquivamento e desarquivamento. Além disso, para o autor os prontuários devem ser colocados nas estantes em posição vertical, uns ao lado dos outros, obedecendo a numeração contínua que consta do livro de registro do hospital. Porém, cabe destacar que este procedimento não é uma norma estabelecida e cumprida por grande parte das instituições hospitalares do país, as quais utilizam métodos e técnicas próprias de acordo com sua necessidade.

Conforme SOUNIS (1993, p. 64), as estantes para o arquivamento dos prontuários podem ser de aço ou de madeira, pois ambas satisfazem sua finalidade, sendo que sua utilização depende da situação econômica da Instituição. Para o autor, as estantes-prateleiras podem ser abertas ou fechadas com portas, possuindo estas últimas a vantagem de preservar o material arquivado da poeira, porém as abertas são preferíveis, pois não fazem ruído e permitem o manuseio dos prontuários com maior rapidez e facilidade. Por outro lado, o autor também indica o uso das estantes compactas deslizáveis que, além de ocuparem menos espaço físico, conservam e arquivam com maior praticidade os prontuários médicos, assim como proporcionam ao ambiente uma visualização e um design mais agradáveis.

Para facilitar a localização do prontuário, MEZZOMO (1991, p. 307) apresenta as seguintes medidas:

a) arquivamento correto;
b) os vãos das prateleiras devem ser mais altos que os envelopes ou pastas onde estão inserido os prontuários;
c) controle rigoroso de retiradas e reposições;
d) sinalizadores visíveis e permanentes devem ser fixados nas estantes e prateleiras;

e) os envelopes ou pastas devem ter no máximo 1 cm a mais do que os impressos dos prontuários, pois sendo estes recursos maiores do que os próprios impressos, danificam-se mais rapidamente;
f) uso de pastas, capas ou envelopes coloridos para diferenciar a numeração aplicada aos prontuários.

MEZZOMO (1991, p. 248, 267) também aponta outro aspecto importante sobre os prontuários, que é a seqüência de seu encaminhamento. Primeiramente o médico examina o paciente obtendo informações e anotando-as no prontuário; em seguida a equipe de enfermagem atende o paciente conforme prescrições registradas e faz novas anotações e, finalmente, o médico assiste novamente o paciente, avaliando sua evolução e determinando novas ações por meio do prontuário. Verifica-se, a partir dessa seqüência, que os dados sociais do paciente, a observação clínica e as observações de enfermagem são os componentes do prontuário médico, fluindo e "recomeçando" tantas vezes quantas necessárias. Esses componentes, por sua vez, são constituídos pelas seguintes informações:

a) parte social: compreende os dados de identificação e sociais do paciente, como a sua situação familiar, sócio-econômica e previdenciária;
b) parte médica: compreende os dados relacionados à observação clinica do paciente, como a anamnese, origem da doença, diagnóstico, exame, físico, relatórios de cirurgia e de anestesia, prescrição médica, evolução do paciente;

c) parte de enfermagem: compreende as anotações inseridas no relatório de enfermagem, onde consta os medicamentos administrados no paciente, suas dietas e o preenchimento atualizado dos gráficos de TPR (temperatura, pulso e respiração) e PA (pressão arterial).

A este respeito, SOUNIS (1993, p. 67) relata que quando um prontuário é retirado do arquivo em virtude de uma nova consulta, reinternamento, investigação de caráter médico-legal ou outra razão justificada, este deve ser substituído temporariamente por uma ficha ou cartão contendo informações sobre o nome e o número de prontuário do paciente, data, motivo e nome da pessoa ou do setor que

retirou ou solicitou o envio do prontuário. Essa prática deve ser usada sistematicamente, pois permite à chefia do SAME saber, a qualquer momento, onde se encontra o prontuário faltoso, por cuja guarda e conservação é responsável. Ao retornar, elimina-se a ficha/cartão, recolocando o prontuário no seu devido lugar.

Não consta no Brasil uma lei ou uma norma específica a respeito de quanto tempo um prontuário deve ser conservado, ficando então esta decisão a critério da política do hospital e do uso que se pretende fazer dos mesmos. Porém, existe na literatura um período de tempo estabelecido para sua guarda e conservação, tempo este que pode variar conforme a necessidade e a finalidade de cada hospital.

CARVALHO (1977, p. 193) descreve que o prontuário deve ser preservado enquanto satisfizer aos seus objetivos. Entretanto, segundo a autora, com o progresso da Medicina o volume de prontuários também aumentou, tornando difícil o seu manuseio. Tal fato vem sendo um grande desafio para os hospitais, pois guardar por tempo indeterminado os prontuários não é possível, principalmente pela falta de espaço.

Essa questão do espaço físico para a guarda e preservação dos prontuários vem sendo um ponto crucial para os hospitais de grade porte, principalmente os que são voltados ao ensino e a pesquisa, pois estes geram um fluxo maior de prontuários devido a curta estadia dos pacientes no hospital. Tal problema se faz existente porque a eliminação desses documentos não é permitida na maior parte das organizações hospitalares, sendo necessário então a adaptação de outros recursos, como a microfilmagem ou a aquisição de um segundo local físico, até que novos métodos possam ser implantados solucionando, mesmo que parcialmente, essa grande dificuldade.

Pelo valor que assume o prontuário, tanto para o paciente quanto para o médico e para a organização hospitalar, é fácil compreender a importância que tem a sua guarda e conservação, funções estas executadas exclusivamente pelo SAME.

Para SOUNIS (1993, p. 71-72) o SAME deve conservar os prontuários por tempo indeterminado, no entanto, em muitos hospitais é norma a conservação por um prazo de dez anos no arquivo ativo, transferindo-se a partir deste prazo para o arquivo inativo.

Neste arquivo, é estabelecido que após uma guarda de vinte e cinco anos os prontuários podem ser eliminados, a não ser que haja proibição especificamente prevista em lei, estatuto ou regulamento, conservando-se dos mesmos apenas um resumo ou uma microfilmagem, sendo atualmente possível a técnica da digitalização. O autor justifica essas precauções enfatizando a possibilidade de pedidos de informações de caráter científico ou judiciário.

Assim sendo, apesar de todas as vantagens que apresenta um sistema de prontuário médico tradicional, não deve deixar de considerar os benefícios que são proporcionados por um sistema informatizado, ou seja, por um sistema que disponibilize eletronicamente o prontuário médico. Neste sentido, a seção que segue enfatiza mais detalhadamente tal assunto, apresentando as características e as melhorias que podem ser alcançadas com a implantação desse sistema.

3.4.2 O Prontuário Médico Eletrônico

São vários os serviços e as atividades em que se pode aplicar a Informática Médica. No entanto, a aplicação mais desejada, não apenas pelo médico, mas por toda a organização hospitalar, está relacionada com o registro do paciente, ou seja, com a automatização do prontuário médico, pois, atualmente, como sistema manual, o SAME já não responde às necessidades de informações de um hospital, sobretudo àquelas relacionadas aos prontuários médicos.

Um sistema de prontuários médicos automatizado deve fazer uso dos atuais recursos de tecnologia da informação, sendo capaz de executar com eficiência os processos de armazenamento, geração, análise e recuperação das informações contidas nos prontuários. Desse modo, para o estabelecimento efetivo da informatização em tal sistema, alguns fatores devem ser considerados, tais como:

a) número de funcionários que atuam no SAME, bem como o seu espaço físico;
b) treinamento e conscientização dos funcionários sobre as vantagens da informatização;

c) metas da informatização, como a agilidade, a qualidade e a facilidade, e não somente a visão exclusiva de baixo custo.

Após conhecidos e explorados esses fatores, concluindo-se realmente a informatização do serviço, é necessário determinar quais os dados do prontuário do paciente são importantes registrar, para que posteriormente possam ser recuperados e localizados com maior precisão e agilidade, em função de uma investigação de caráter clínico, cientifico ou judiciário.

O prontuário médico eletrônico, criado para organizar automaticamente as informações dos pacientes, era antes caracterizado por uma coleção de documentos manuscritos, hoje, porém, já se encontra em um novo meio, o eletrônico. Os documentos manuscritos dos prontuários médicos estão sendo substituídos pela impressão de informações geradas e armazenadas em computador, sendo o próximo passo a eliminação efetiva da versão em papel, apresentando as informações diretamente em telas de computador. Sendo boa e eficaz uma informatização aplicada aos prontuários médicos, ótimos resultados, segundo SABBATINI (1998, p. 1), podem ser alcançados, tais como:

a) término do problema da letra ilegível;
b) melhoria na qualidade da medicina, pois as decisões tomadas são mais rápidas e baseadas em informação mais completa;
c) diminuição do problema relacionado com a perda de dados, evitando a necessidade de realizar novos exames;
d) informação melhor organizada e, conseqüentemente, mais fácil de ser localizada;
e) representação instantânea, de várias maneiras, da informação sobre um determinado paciente.

Contudo, esses resultados apenas se concretizam com o registro efetivo e sistemático da informação sobre o paciente no computador A esse respeito, LOURENÇO (2001, p. 2-3) apresenta um conjunto essencial de dados clínicos relevantes, os quais devem constituir a estrutura de um banco de dados informatizado para a recuperação e localização de prontuários médicos, visando sustentar o processo

da assistência continuada ao paciente. Esse conjunto essencial de dados que, segundo o autor, é o próprio prontuário médico e pode ser disponibilizado e adquirido, principalmente, por meio da troca eletrônica de informação entre instituições, é composto pelos seguintes itens:

a) dados administrativos e demográficos do paciente: visam obter informações sobre a identificação e vida social do paciente;
b) dados administrativos do prestador da assistência e da fonte pagadora: visam identificar a organização hospitalar prestadora do atendimento e da fonte pagadora do mesmo, sendo esta o plano de saúde, o serviço publico ou o próprio paciente;
c) dados clínicos do paciente: informações referentes a doenças preexistentes, alergias, reações, entre outras, sendo recomendado o uso da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para descrever os dados clínicos;
d) dados do atendimento prestado ao paciente: informações sobre a história clínica, evolução, procedimentos e exames realizados, prescrição, diagnósticos e condições de alta.

SABBATINI (1998, p. 2) apresenta, além da execução de análises estatísticas, outras vantagens em relação ao prontuário eletrônico, mencionando os recursos de multimídia, que hoje são bastante empregados, pois permitem captar e armazenar informações de texto, de imagem e de som, colocando no prontuário eletrônico a foto do paciente, imagens de RX, tomografias, ultra-som e eletrocardiogramas, sendo denominado tal prontuário de Registro Médico Multimídia (RMM).

Para que tais vantagens sejam reconhecidas, um fator importante deve ser considerado, o da organização dos dados, pois a sistematização do registro médico é fundamental para o sucesso da implementação em computadores. Assim, estando o prontuário médico já bem organizado, através do uso de formulários padronizados com campos bem definidos, tal implementação pode ser bastante facilitada, permitindo uma transcrição quase que direta entre o formulário e um esquema de base de dados, programado por meio de um sistema gerenciador de informação (SABBATINI, 1994, p. 3).

Mas, verdadeiramente, um prontuário eletrônico satisfatório e também unificado seria aquele que ficasse constantemente com o paciente, pois é o único meio que existe em comum entre todos os atendimentos prestados ao mesmo, sendo que, ao procurar assistência, o paciente levaria consigo seu prontuário, o qual seria consultado e atualizado pelos provedores de serviços de saúde.

No entanto, com as modernas tecnologias da informação, o prontuário unificado, de acordo com SABBATINI (1999, p. 20), pode se tornar uma realidade, de uma maneira simples e eficiente, sendo possível para isso duas soluções:

a) a primeira é utilizar redes de computadores, como a Internet, onde o prontuário eletrônico fica disponível em um único servidor, podendo todos os provedores de serviços de saúde, que são credenciados para atender aquele paciente, acessar o prontuário através da rede, consultando-o e atualizado suas informações;
b) a segunda trata-se da utilização do “cartão inteligente” (smart card), do tamanho de um cartão de crédito e possuindo um circuito integrado de memória, sendo possível, nas versões mais recentes, armazenar centenas ou milhares de informações médicas do paciente em um espaço bastante reduzido, além de permanecer o cartão sempre com o paciente, que o leva toda vez que procurar atendimento médico.

Sobre a segunda solução, que trata do cartão inteligente, o autor relata que é uma tecnologia em plena maturidade em muitos países da Europa e, ainda em crescimento, na América do Norte, onde, no ano de 2000, já existiam quatrocentos milhões de cartões inteligentes na área da saúde. No Brasil, entretanto, é uma novidade, em estágio de pesquisa ou de consideração por muitos planos ou serviços de saúde. Porém, um projeto em conjunto com o Ministério da Saúde e o Ministério da Ciência e Tecnologia, voltado a essa “novidade”, encontra-se em andamento no país.

Contudo, automatizar o prontuário do paciente não é uma tarefa fácil, pois, na realidade, nenhum sistema inteiramente satisfatório e eficaz foi ainda desenvolvido, sendo poucos os hospitais que dispõem de um arquivo médico completamente informatizado.

A razão para esse não desenvolvimento reside, segundo SABBATINI (1994, p. 1-2), tanto na própria natureza da informação médica quanto em seu volume, pois existem dados que podem ser facilmente capturados e armazenados em um formato fixo (nome do paciente, data de nascimento, sexo, endereço, filiação, etc.), e outros, entretanto, com maior dificuldade de informatização, sendo difíceis de se formatar e de se especificar com antecedência (queixas, resultados de exames, avaliações diagnósticas e terapêuticas, etc.). Devido a este tipo de problema é que também inexiste uma forma universalmente aceita de representação do prontuário médico eletrônico, pois os modelos convencionais de estruturação de banco de dados em computadores, que são úteis para outras áreas, infelizmente se revelam difíceis para as aplicações médicas.

O volume de informação contida em um prontuário médico é outro problema a ser considerado, pois é praticamente impossível colocar toda esta informação, mesmo que resumida e codificada, em dispositivos de memória de computador, sendo registradas apenas as informações previamente selecionadas. Essas informações, por sua vez, servirão para identificar e dar acesso aos registros individuais dos pacientes, bem como para possibilitar análises estatísticas ao longo de todo arquivo.

Entretanto, SABBATINI (1994, p. 2, 4) enfatiza que mesmo sendo possível transcrever a informação do prontuário médico para uma forma computadorizada, a situação de não eliminar o arquivo escrito seria enfrentada, pois na maioria dos paises a lei não permite, por um prazo que excede muitas décadas, ou até mesmo após a morte do paciente, que o prontuário seja descartado. Porém, no Brasil, o Parecer 38/97, emitido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), não exige que se mantenha em arquivo escrito, sob o Código de Ética Médica, o prontuário do paciente (anexo 6).

Para o autor referenciado, é preferível, primeiramente, melhorar e sistematizar o sistema manual existente de arquivamento dos prontuários médicos, antes de implementar o uso da informática, pois esta ação envolve desde a utilização de formulários padronizados, os quais facilitam a transição para a automação, até a reestruturação das rotinas internas do hospital. O autor ainda destaca, em relação a essa automação, que em organizações de grande porte, onde muitas pessoas

diferentes têm acesso ao computador, principalmente se este for interligado com outros por meio de redes locais ou externas, aumenta exponencialmente o perigo da perda, uso fraudulento ou modificação involuntária de dados preciosos e confidenciais dos prontuários, sendo necessário, para estes problemas, medidas adequadas serem adotadas.

Enfim, o prontuário eletrônico deve ser visto como um misto de evolução do prontuário manuscrito, sendo um novo e poderoso aliado da prática médica, considerando a transição entre o passado (papel) e o presente/futuro (banco de dados) uma opção para as organizações hospitalares que possuem um grande acervo histórico de prontuários médicos. Além disso, mesmo ainda encontrando dificuldades em sua implementação, o prontuário eletrônico já se encontra presente e veio para ficar, pois a tendência mundial é eliminar o filme e o papel, informatizando completamente o trâmite da informação clínica, mesmo que inicialmente isso ocorra em menor grau, automatizando somente a informação sumarizada sobre o paciente.

No entanto, mesmo sendo o prontuário médico aplicado em sua forma tradicional ou eletrônica, o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) sempre se fará presente e necessário, pois além da existência de um local físico para arquivar tais documentos, um sistema/serviço de gerenciamento aos mesmos é indispensável, uma vez que o prontuário jamais será eliminado, pois representa a principal e a mais importante documentação de um hospital.

3.4.3 O Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística é um arquivo documental existente e de fundamental importância para toda e qualquer organização hospitalar, principalmente porque gerencia as informações relacionadas aos pacientes, sobretudo àquelas direcionadas aos prontuários médicos, as quais são aqui apresentadas.

Inserido em um sistema de informação, um arquivo documental hospitalar pode ser julgado como um arquivo permanente e ativo, pois da mesma forma que os documentos entram no sistema também são solicitados a saírem e, conseqüentemente,

necessitam de processamento. Nada justifica que os documentos hospitalares, em especial os prontuários médicos, não devam ser tratados tecnicamente, visando seu armazenamento, sua recuperação e localização.

Traços históricos sobre o prontuário médico, ou prontuário do paciente, como também é chamado, podem ser buscados, primeiramente, no antigo mundo grego, onde surgiu a arte de curar em bases científicas. No ano de 1137, em Londres, no Hospital São Bartolomeu, já existia uma certa documentação relativa aos pacientes, sendo esta mais tarde, por volta de 1580 na Itália, alterada significativamente. Mas foi no Estados Unidos, em 1877, onde se começou arquivar os dados clínicos, sendo o Hospital Geral de Massachussets o primeiro hospital a organizar um Serviço de Arquivo Médico e Estatística (MEZZOMO, 1991, p. 24-25).

Segundo o autor, no Brasil, o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo foi o primeiro hospital a implantar o Serviço, em 1943. Logo em seguida, a implantação do SAME ocorreu, respectivamente, em Santos e no Rio de Janeiro, ambos em 1945. Com base nestas informações, constata-se a recomendação de que cada hospital deva estabelecer um SAME para a classificação e o arquivamento ordenado dos seus prontuários médicos.

Em relação ao conceito de SAME, CARVALHO (1977, p. 34) considera o serviço destinado, principalmente, à coleta, ordenação, análise, guarda e conservação dos prontuários médicos. Já SOUNIS (1993, p. 22) define SAME como o serviço responsável pela guarda adequada dos prontuários médicos dos pacientes, bem como pela análise e confecção de relatórios necessários para demonstrar a quantidade e a qualidade do serviço prestado. Para este autor, o SAME deve colaborar para o progresso da ciência médica através do registro eficiente dos dados hospitalares.

De acordo com o Ministério da Saúde[9], citado por MEZZOMO (1991, p. 41), SAME é o conjunto das dependências destinadas à guarda, movimentação e controle de prontuários médicos, assim como as atividades estatísticas, podendo elaborar e fornecer material audiovisual e outros recursos de reprografia.

9BRASIL. Ministério da Saúde. Unidade de Documentação Médica. Normas de administração e controle do hospital. Brasília, [19--].

Para concluir tais definições sobre o SAME vistas na literatura, MEZZOMO (1991, p. 41) apresenta uma metáfora sobre tal serviço, a qual é representada na seguinte frase: “o Serviço do Prontuário do Paciente[10] é a tesouraria científica do hospital através da qual circulam valores de vida”.

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística de um hospital é constituído pelas seções de Registro Geral, Estatística e Arquivo Médico, sendo esta última a seção que engloba o gerenciamento dos prontuários médicos.

Sabe-se que arquivo é o local onde se identificam e guardam, ordenadamente, documentos de diferentes espécies, de acordo com a necessidade da organização. Neste contexto, conforme CARVALHO (1977, p. 35), atribui-se à seção de Arquivo Médico as seguintes funções:

a) controle, conferência, ordenação, arquivamento e conservação de todos os prontuários médicos, quer de pacientes internados ou de emergência;
b) fornecimento, sob controle, dos prontuários médicos aos serviços clínicos e administrativos do hospital para possível investigação;
c) fornecimento, também sob controle, dos prontuários ao Corpo Clínico, visando o estudo e a pesquisa.

Assim sendo, o SAME surge para gerenciar o arquivo, não somente das atividades relacionadas ao prontuário médico e à estatística, mas também das atividades de recepção, de internamento, de registro, de administração, entre outras.

Sobre as diversas finalidades atribuídas ao SAME, CARVALHO (1977, p. 34) cita as principais, dentre as quais estão:

a) zelar pela clareza e exatidão dos prontuários médicos, verificando se os mesmos estão completos;
b) zelar pela ordenação, guarda e conservação dos prontuários dos pacientes tratados no hospital;
c) manter um serviço que ofereça estudos capazes de facilitar o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico do paciente;

---

10 Serviço do Prontuário do Paciente é a denominação usada pelo autor para designar um SAME.

d) cooperar com os demais serviços do hospital, com o propósito de levantar dados necessários à investigação;
e) elaborar relatórios, estatísticas e gráficos.

Entre outras finalidades, SOUNIS (1993, p. 23) acrescenta o entrosamento do SAME com órgãos administrativos, serviços técnicos em geral e com os próprios serviços internos do hospital, bem como a contribuição que este serviço oferece à elaboração de trabalhos e pesquisas científicas, considerada uma importância máxima nos hospitais de ensino, onde já se tornou uma rotina quase que obrigatória aos residentes e acadêmicos.

Além disso, para o autor, o hospital, por meio do SAME, deve disponibilizar estágio e prática de serviço ao pessoal destinado ao exercício das funções de estatística e arquivística. Porém, infelizmente, este não é um fato real nas organizações hospitalares do Brasil onde os profissionais responsáveis pelo SAME, na maioria das vezes, possuem outra formação acadêmica, a qual está longe de ser de um estatístico ou de um arquivologista.

Para que um SAME atenda com eficiência às suas finalidades, é necessário que alguns fatores relacionados no seu planejamento sejam levados em consideração, principalmente no que se refere ao seu ambiente físico, como é o caso de sua localização e seu tamanho.

Para SOUNIS (1993, p. 25), a localização mais aconselhável para o SAME é no andar térreo, próxima da entrada principal do hospital, não permanecendo muito afastado dos demais serviços com os quais mantém entrosamento. Por outro lado, o autor explica que não é fácil conseguir uma localização ideal, a não ser que tenha sido feito um planejamento prévio desse serviço.

Já para CARVALHO (1977, p. 47), a melhor localização para o SAME é próxima ao Setor de Emergência e/ou de Internação, principalmente nos hospitais onde o fluxo de movimento destas unidades é intenso. A autora sugere, ainda, como uma boa localização, a proximidade com a sala de reuniões do Corpo Clínico, local onde os médicos mais se reúnem no hospital, considerada também como uma sala de conforto e descanso para os mesmos.

Ao se planejar o local de permanência do SAME, não se deve ignorar que todas as facilidades para o uso dos prontuários, principalmente nos casos de emergência, mas também para completá-los sempre que se fizer necessário, não apenas em benefício do paciente, mas também do ensino e da pesquisa, devem ser proporcionadas aos médicos. Neste sentido, um SAME deve estar localizado em local de fácil acesso a todos os serviços da organização, de maneira a facilitar a entrega dos prontuários dos pacientes registrados.

Em relação ao fator tamanho, este depende, principalmente, segundo SOUNIS (1993, p. 27), do volume de prontuários a serem arquivados e da movimentação dos mesmos, exigindo maior espaço quanto mais baixa for a média de permanência do paciente no hospital. Além disso, o autor destaca que o tamanho do local para o arquivo depende, ainda, do sistema adotado para o arquivamento dos prontuários, do movimento da unidade de emergência e, sobretudo, do tempo e do modo estabelecidos para a conservação dos prontuários, sendo que no planejamento do tamanho de um arquivo deve ser levado em consideração, também, o espaço requerido pelas prateleiras para arquivar um número “x” de prontuários por ano.

CARVALHO (1977, p. 48) relata que todas as considerações feitas sobre o tamanho ideal de um SAME devem ser cuidadosamente exploradas, antes mesmo de se planejar o Serviço, pois, no caso de hospitais voltados ao ensino e à pesquisa, com tempo médio de internação menor, o SAME passa a ser obrigatoriamente maior do que o de um hospital geral, onde os pacientes permanecem internados um período mais longo, e onde não existe a atuação do ensino e da pesquisa. A autora também aponta que, de acordo com a organização de um SAME, o número de funcionários pode variar, e como conseqüência imediata, os equipamentos utilizados são em maior ou menor número, ocupando maior ou menor espaço físico.

Com base nas descrições apresentadas, é possível verificar a existência de vários fatores que devem ser conhecidos e estudados antes de se destinar uma área ao SAME, uma vez que não existem padrões ergométricos estabelecidos dentro da atual técnica do planejamento hospitalar.

Reafirmando, o SAME é uma unidade de extrema importância para o hospital, pois além de ser considerado um serviço técnico imprescindível ao mesmo, também permite estimar e avaliar o desempenho do trabalho profissional e o grau de eficiência com que são tratados os pacientes que buscam auxílio e tratamento em um hospital. Neste sentido, é necessário que o SAME interaja, sempre, com os demais serviços técnicos, administrativos e clínicos da instituição, colaborando com os mesmos no aprimoramento do padrão de assistência prestada, bem como no envio dos prontuários quando solicitados para algum tipo de investigação, complemento ou alteração de dados.

SOUNIS (1993, p. 22-23) ressalta que o funcionamento de uma organização hospitalar sem a existência de prontuários médicos completos não é possível, uma vez que a avaliação qualitativa da assistência prestada ao paciente só pode ser realizada por meio desses registros.

Daí a importância e atenção que devem ser dados à estes documentos, pois sendo eles a representação legal dos pacientes na organização hospitalar, podem ser então comparados ao “coração do hospital”, sem os quais o mesmo não teria razão para existir. FERREIRA & LIRA (2000, p. 181) concordam com tal afirmação, relatando que o importante é que o SAME também venha a ser o centro de inteligência de uma organização hospitalar, sendo indispensável a sua existência para o gerenciamento eficaz dos prontuários médicos.

Outras características específicas sobre o SAME podem ser conhecidas, mais detalhadamente, através de dois modelos de Regimento do Serviço do Prontuário do Paciente, os quais estão disponibilizados nos anexos 7 e 8.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO DE CASO

Um estudo de caso pode ser conceituado como o método em que seleciona-se um objeto de pesquisa restrito, com o objetivo de aprofundar seus aspectos característicos, podendo ser esse objeto um fato, um fenômeno, um individuo ou um matéria físico.

O universo selecionado para este estudo de caso foi o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital Universitário Cajuru (HUC), onde está inserido o atual cenário da gestão dos prontuários médicos do mesmo Hospital, sendo estes os objetos de estudo da pesquisa realizada.

Visando obter conhecimento relevante, informações sobre os prontuários médicos foram coletadas tanto dentro como fora do SAME, utilizando-se, basicamente, de quatro tipos de procedimentos e/ou instrumentos:

a) observação direta da realidade, sendo esta analisada detalhadamente sem intervenção ou modificação;
b) contatos pessoais informais;
c) aplicação, em menor grau, de um roteiro de entrevista dirigido à chefe[11] do SAME (apêndice);
d) emprego do aparelho telefônico para complemento do roteiro de entrevista.

O roteiro de entrevista, constituído por oito perguntas abertas, foi aplicado oralmente à entrevistada no próprio SAME, sendo suas perguntas compostas pelos seguintes tipos de informações:

a) informações relacionadas ao envio dos prontuários médicos ao SAME;
b) informações relacionadas à solicitação dos prontuários médicos ao SAME;
c) informações relacionadas aos dados de localização do prontuário no SAME;
d) informações relacionadas à retirada do prontuário médico do SAME;
e) informações relacionadas ao controle de entrada, saída e retorno do prontuário ao SAME.

---

11 MARCHI, Nellci Aparecida de. Entrevista concedida pela Chefe do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital Universitário Caruju. Curitiba, 10 jan. 2002.

Ainda no SAME, a entrevistada, quando julgava necessário para o conhecimento do entrevistador, demonstrava alguns modelos e procedimentos adotados em relação ao tratamento dos prontuários. O entrevistador, por sua vez, registrava as respostas e todas as demais informações que lhe eram transmitidas por meio das demonstrações e das conversas informais que surgiam espontaneamente.

Apesar do roteiro de entrevista ter sido aplicado somente a um indivíduo, ele pode ser considerado válido e fidedigno, pois a profissional que o concedeu é a principal responsável pelo Setor de Prontuários do Hospital, que além de possuir o cargo e a experiência em chefia, trabalha há mais de dez anos neste Setor, executando todas as atividades que dizem respeito ao processo de tratamento dos prontuários médicos do HUC.

Após a execução da entrevista, bem como da observação direta e de outras informações coletadas, foi preciso ordenar e organizar os dados para que estes pudessem ser analisados e interpretados com precisão.

Assim sendo, um diagnóstico que trata exclusivamente da situação atual dos prontuários médicos no SAME do Hospital foi exposto no capítulo 2, com o intuito de descrever os aspectos observados neste local, posicionando o leitor diante de tal situação e, ao mesmo tempo, justificando porque a razão de uma proposta de reformulação ser aplicada neste sistema de prontuários.

No capítulo seguinte, a proposta de reformulação para o sistema de prontuários médicos do HUC é apresentada, tendo como base para a sua estrutura a execução de etapas, as quais são descritas passo a passo no mesmo capítulo. Essas etapas, por sua vez, são os padrões mínimos estabelecidos para a estruturação de campos/atributos de um banco de dados, os quais são exigidos, independentemente de sua finalidade, para qualquer sistema informatizado que venha a ser implantado.

Desse modo, esta proposta de reformulação visa atender alguns objetivos relacionados a este sistema informatizado, dentre os quais estão:

a) definir campos para um banco de dados para o registro dos prontuários médicos, afim de localizá-los com maior facilidade e precisão no arquivo;

b) definir também campos para um banco de dados para o controle de empréstimo e devolução para os prontuários médicos, quando estes forem solicitados para algum tipo de investigação ou pesquisa por outros setores do Hospital;
c) estabelecer padrões, para a representação das informações dos prontuários médicos a serem inseridos no banco de dados;
d) determinar uma maneira eficiente de armazenamento físico para os prontuários médicos.

Porém, no relato dessa proposta não é mencionado nenhum tipo específico de software que possa ser aplicado neste sistema, em função principalmente da área em que este está inserido, pois além de ser bastante especializada, a Medicina já disponibiliza hoje alguns modelos de softwares e outros recursos que são empregados na gestão de prontuários médicos. Além disso, o fator custo também não é abordado na proposta, em função de estar diretamente ligado ao modelo de software empregado.

5 A PROPOSTA

Este capítulo trata da proposta de reformulação do sistema de prontuários médicos localizado no SAME do Hospital Universitário Cajuru, onde são apresentados métodos julgados relevantes relacionados tanto ao tratamento físico quanto lógico dos prontuários, independentemente da plataforma computacional utilizada, pois o foco desta proposta está centrado, fundamentalmente, no tratamento dos dados do prontuário médico. Esta reformulação busca suprir, principalmente, as dificuldades de arquivamento, recuperação e acesso destes documentos, sobretudo quando se encontram fora do SAME, localizando-se em algum outro setor do Hospital.

Um diagnóstico relatando a situação atual desse sistema de prontuários foi exposto no capítulo 2, onde foi possível observar os métodos e recursos atuais aplicados na gestão de tais documentos, o qual não cumpre satisfatoriamente as metas e objetivos que lhe são atribuídos.

Assim sendo, a proposta aqui descrita segue etapas de elaboração, as quais são detalhadas a seguir.

5.1 CAMPOS DO BANCO DE DADOS

Essa etapa tem como propósito definir os campos de dados/atributos para o registro dos prontuários médicos em um banco de dados, afim de identificá-los e descrevê-los. Esses campos/atributos devem comportar informações tanto clínicas quanto de identificação e sociais referentes ao paciente, informações essas que geralmente estão expressas na “folha de rosto” do prontuário médico.

Esse banco de dados, por sua vez, deve ser constituído por diferentes módulos:

a) registro dos dados do prontuário médico;
b) controle de empréstimo e devolução dos prontuários, ou seja, controle do processo de envio desses documentos aos setores solicitantes do HUC, bem como o seu retorno ao SAME;
c) consulta aos prontuários registrados;

d) emissão de relatórios.

Os dois últimos módulos não são abordados nesta proposta porque não se tratam de aspectos estruturais da base de dados e, sim, de derivações da mesma, ou seja, de módulos para a sua utilização.

Uma visualização e um design agradáveis são características importantes que devem ser considerados na definição da tela para entrada de dados e no layout dos relatórios, pois estes quando constituídos por uma grande quantidade de dados e outros tipos de símbolos e sinalizações tornam-se poluídos, dificultando a leitura e a identificação das informações que ali estão inseridas. No entanto, como já mencionado, o foco desta proposta centraliza-se no tratamento dos dados do prontuário médico, sendo, deste modo, o aspecto relacionado à interface do banco de dados não descrito e argumentado detalhadamente na proposta. Porém, esta proposta não deixa de sugerir e de lembrar que, no momento efetivo da implantação do sistema informatizado, este aspecto não pode ser desconsiderado.

Em relação ao registro e ao controle de empréstimo e devolução dos prontuários, os Quadros 2 e 3 apresentam os campos de dados a comporem o banco de dados, levando-se em consideração as informações existentes e necessárias do atual modelo de prontuário médico do HUC e as inclusões e alterações propostas.

QUADRO 2 – CAMPOS DE DADOS PARA O REGISTRO DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS

Nº. do campo	Descrição do campo	Características do campo
1	Data de entrada do prontuário médico no SAME	-1 ocorrência; -10 caracteres; -campo alfanumérico
2	Número de registro geral do prontuário médico	-1 ocorrência; -12 caracteres; -campo alfanumérico
3	Localização do prontuário médico	-1 ocorrência; -11 caracteres; -campo alfanumérico
4	Nome completo do paciente	-1 ocorrência; -60 caracteres; -campo alfabético
5	CPF do paciente	-1 ocorrência; -14 caracteres; -campo alfanumérico
6	Data de entrada do internamento	-1 ocorrência; -10 caracteres; -campo alfanumérico
7	Data de saída do internamento	-1 ocorrência; -10 caracteres; -campo alfanumérico
8	Motivo de saída do paciente	-1 ocorrência; -19 caracteres; -campo numérico
9	Documentos inclusos	-n ocorrências -40 caracteres; -campo alfanumérico

QUADRO 3 – CAMPOS DE DADOS PARA O REGISTRO DE EMPRÉSTIMO E DEVOLUÇÃO DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS

Nº. do campo	Descrição do campo	Características do campo
1	Número de registro geral do prontuário médico	-1 ocorrência; -12 caracteres; -campo alfanumérico
2	Localização do prontuário médico	-1 ocorrência; -11 caracteres; -campo alfanumérico
3	Nome completo do paciente	-1 ocorrência; -60 caracteres; -campo alfabético
4	Setor solicitante	-1 ocorrência; -34 caracteres; -campo alfanumérico
5	Ramal do setor solicitante	-1 ocorrência; -33 caracteres; -campo alfanumérico
6	Responsável pela solicitação	-1 ocorrência; -74 caracteres; -campo alfanumérico
7	Data de solicitação	-1 ocorrência; -10 caracteres; -campo alfanumérico
8	Data de envio	-1 ocorrência; -10 caracteres; -campo alfanumérico
9	Meio de envio	-1 ocorrência; -16 caracteres; -campo alfabético
10	Responsável pela retirada	-1 ocorrência; -74 caracteres; -campo alfanumérico
11	Data de retorno	-1 ocorrência; -10 caracteres; -campo alfanumérico
12	Prontuário completo	-1 ocorrência; -3 caracteres; -campo alfabético
13	Documento faltante	-n ocorrências -34 caracteres; -campo alfanumérico

5.2 NORMALIZAÇÃO DOS CAMPOS DO BANCO DE DADOS

Embora tal proposta não tenha ênfase na plataforma computacional e na interface com o usuário do banco de dados, questões sobre uniformidade e seqüência de informações a serem inseridas tanto para o registro quanto para o empréstimo dos

prontuários são colocadas a seguir, de modo a padronizar os dados que posteriormente serão recuperados pelo sistema, fazendo com que deste modo nenhum modelo padrão para a inserção das informações deixe de ser estabelecido e cumprido.

Assim, para melhor compreensão dos campos expostos nos Quadros 2 e 3, uma breve e objetiva explicação sobre suas definições e características é registrada na seqüência (Quadros 4 e 5), abordando questões como a do seu conteúdo, sua finalidade e sua padronização.

QUADRO 4 – NORMALIZAÇÃO DOS CAMPOS DE DADOS PARA O REGISTRO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS

Campo	Conteúdo	Finalidade	Padrão
1	Data em que o prontuário deu entrada no SAME	Análise em relação a data de saída do paciente do Hospital.	dd/mm/aaaa Ex.: 16/04/2000
2	Número de registro geral do prontuário médico	Identificação do paciente no Hospital.	nnnn.nnn.nnn Ex.:2002.065.789
3	Identificação da estante	Localização do prontuário no arquivo.	ESTANTE nnn Ex.: ESTANTE 010
4	Nome completo do paciente	Identificação do paciente.	Prenomes Sobrenomes Ex.: Arnaldo Alves de Souza
5	Número do CPF do paciente	Recuperação do prontuário no arquivo, caso o número de registro geral do mesmo não esteja disponível e o nome do paciente seja muito comum, havendo vários registros idênticos.	nnn.nnn.nnn-nn Ex.: 025.851.769-75
6	Data de entrada do paciente do internamento	Aquisição da informação sobre o período que o paciente permaneceu internado no Hospital.	dd/mm/aaaa Ex.: 10/01/2000
7	Data de saída do paciente do internamento		
8*	Motivo de saída do paciente	Indicação do motivo que levou o paciente a deixar o Hospital.	Alta Transferência Óbito
9*	Tipo e quantidade de documentos inclusos no prontuário	Conhecimento e disponibilizacao das informações que compõem o prontuário médico.	Tipo – quantidade (nn) Ex.: Laudo de RX-03

* Campos que fazem uso de tabela auxiliar.

QUADRO 5 – NORMALIZAÇÃO DOS CAMPOS DE DADOS PARA O REGISTRO DE EMPRÉSTIMO E DEVOLUÇÃO DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS

Campo	Conteúdo	Finalidade	Padrão
1	Número de registro geral do prontuário médico	Identificação do paciente no Hospital.	nnnn.nnn.nnn Ex.:2002.065.789
2	Identificação da estante	Localização do prontuário no arquivo.	ESTANTE nnn Ex.: ESTANTE 010
3	Nome completo do paciente	Identificação do paciente.	Prenomes Sobrenomes Ex.: Arnaldo Alves de Souza
4*	Nome do Setor solicitante	Identificação do Setor solicitante do prontuário.	Nome reduzido do Setor Ex.: Faturamento
5*	Ramal telefônico do Setor solicitante	Contato com o Setor solicitante.	nnnn Ex.: 2730
6*	Código e nome do funcionário solicitante	Identificação do funcionário que solicitou o prontuário.	nnnnnnnnnn-n Prenomes Sobrenomes 10120005624-2 Augusto da Silva
7	Data de solicitação do prontuário médico	Registro da data em que o prontuário foi solicitado e enviado, efetivamente, aos setores.	dd/mm/aaaa Ex.: 02/07/2001
8	Data de envio do prontuário médico	Registro da data em que o prontuário foi, efetivamente, enviado aos setores.	dd/mm/aaaa Ex.: 03/07/2001
9*	Meio de envio do prontuário	Identificação do meio utilizado para o envio do prontuário ao Setor solicitante.	Via malote Retirada pessoal
10*	Código e nome do funcionário responsável pela retirada do prontuário	Identificação do funcionário que, efetivamente, realizou a retirada do prontuário do SAME.	nnnnnnnnnn-n Prenomes Sobrenomes 10120005624-2-Jaime Rodrigues
11**	Data de retorno do prontuário ao SAME	Registro efetivo da devolução do documento ao SAME	dd/mm/aaaa Ex.: 03/07/2001
12**	Informação sobre a integridade do prontuário	Aquisição da informação relacionada ao prontuário estar completo ou não.	SIM NÃO
13**	Relação dos tipos e quantidade do documentos faltantes	Conhecimento sobre os quais e quantos foram os documentos extraviados.	Tipo – quantidade (nn) Ex.: Laudo de RX-03

* Campos que fazem uso de tabela auxiliar.
** Campos que são preenchidos após o retorno do prontuário ao SAME.

Observe-se que os conteúdos das tabelas auxiliares dos campos 5 e 6 devem corresponder ao Setor solicitante do prontuário selecionado na tabela auxiliar do campo 4. Do mesmo modo, a tabela auxiliar do campo 10 deve oferecer somente como opções os códigos e nomes dos funcionários autorizados a executar as funções da opção “Via malote” ou “Retirada pessoal” respectivamente (informações estas selecionadas para preenchimento do campo 9).

5.3 PLANILHAS PARA A ENTRADA DE DADOS

É extremamente importante que as informações inseridas nos campos/atributos sejam padronizadas e que, conseqüentemente, estes padrões sejam cumpridos, de modo que todo o banco de dados mantenha uniformidade sobre suas informações.

Deste modo, esta proposta também coloca alguns critérios de formatação de entrada para as planilhas de dados que podem, sem qualquer preocupação com interface, layout e plataforma, serem seguidos.

Para tanto, alguns modelos para esses critérios de formatação são apresentados nos seguintes itens:

a) cabeçalho da tela de entrada do banco de dados: neste cabeçalho devem estar presentes informações institucionais e setoriais, referentes às organizações mantenedoras e à organização hospitalar, sob os seguintes critérios:

- redigidas em caixa alta (letras maiúsculas);
- redigidas em fonte Arial 12 (tipo e tamanho da letra);
- alinhadas à margem esquerda da tela;
- entrelinhamento simples;
- negritadas;
- exemplo:

SOCIEDADE PARANAENSE DE CULTURA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

b) título referente ao módulo do banco de dados: o título de cada módulo deve representar a sua principal finalidade, possuindo as seguintes características:

- redação em caixa alta;
- redação em fonte Arial 12;
- linha do texto centralizada;
- fontes não negritadas;

- exemplo:

MÓDULO DE REGISTRO DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS

c) descrição dos campos de dados/atributos: a descrição, ou a denominação, de cada campo deve ser redigida seguindo a mesma seqüência lógica apresentada nos Quadros 2 e 3, de acordo com o seguinte padrão:
   - redação em caixa baixa (letras minúsculas), com exceção da primeira letra da primeira palavra, que deve ser em caixa alta;
   - redação em fonte Arial 12;
   - alinhamento à margem esquerda da tela, porém, este critério pode variar de acordo com a disposição dos campos na tela, podendo ser apresentados no formato de colunas disformes ou uniformes, uma após a outra;
   - espaçamento duplo entre cada descrição de campo, evitando a poluição visual e melhorando a interface;
   - fontes negritadas;
   - utilização “dois pontos” (:) ao final de cada nome de campo;
   - exemplo 1:

Número de registro do prontuário médico:

Localização do prontuário médico:

   - exemplo 2:

Número de registro do prontuário médico:	Localização do prontuário médico:

Nome completo do paciente:

d) preenchimento dos campos de dados/atributos: o preenchimento dos campos de dados deve ser realizado por um funcionário competente e responsável do SAME, treinado e capaz de identificar a redação médica para a transição

correta dos dados do prontuário. Para o preenchimento dos campos, o padrão estabelecidos é o apresentado nos Quadros 4 e 5, acrescidos da seguinte formatação:

- redigido em caixa baixa, com exceção da primeira letra da primeira palavra, dos nomes próprios, do código de localização dos prontuários e das informações relacionadas nas tabelas auxiliares;
- redigido em fonte Arial 12;
- redigido logo após a descrição de cada campo, independentemente se esta estiver em colunas uniformes ou disformes;
- alinhados em correspondência a descrição do nome do campo;
- entrelinhamento simples;
- fonte normal, ou seja, sem negrito;
- exemplo:

Número de registro do prontuário médico:	2000.036.469
Localização do prontuário médico:	ESTANTE 010

As Figuras 7 e 8 permitem uma melhor visualização das planilhas completas para o registro dos prontuários e o controle de seu empréstimo/devolução.

FIGURA 7 – MÓDULO PARA O REGISTRO DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS

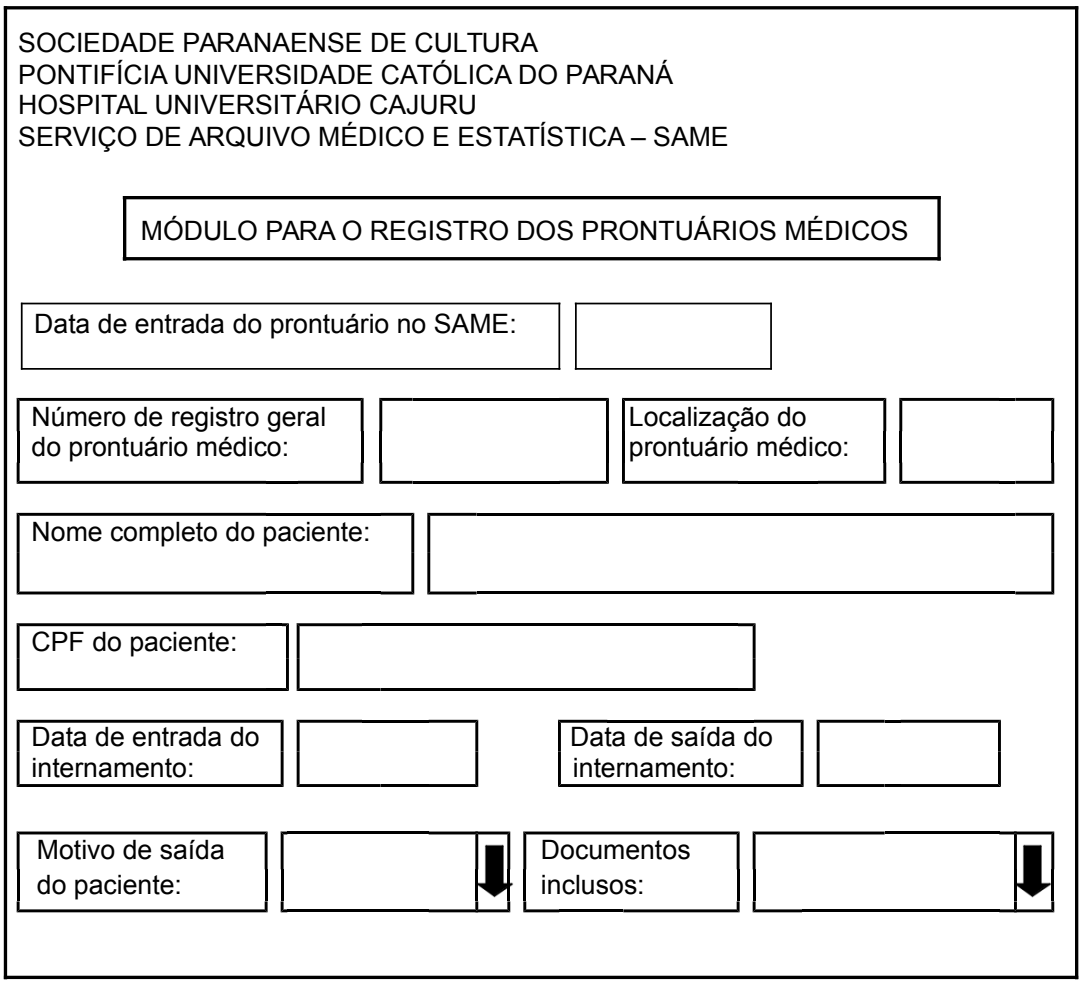
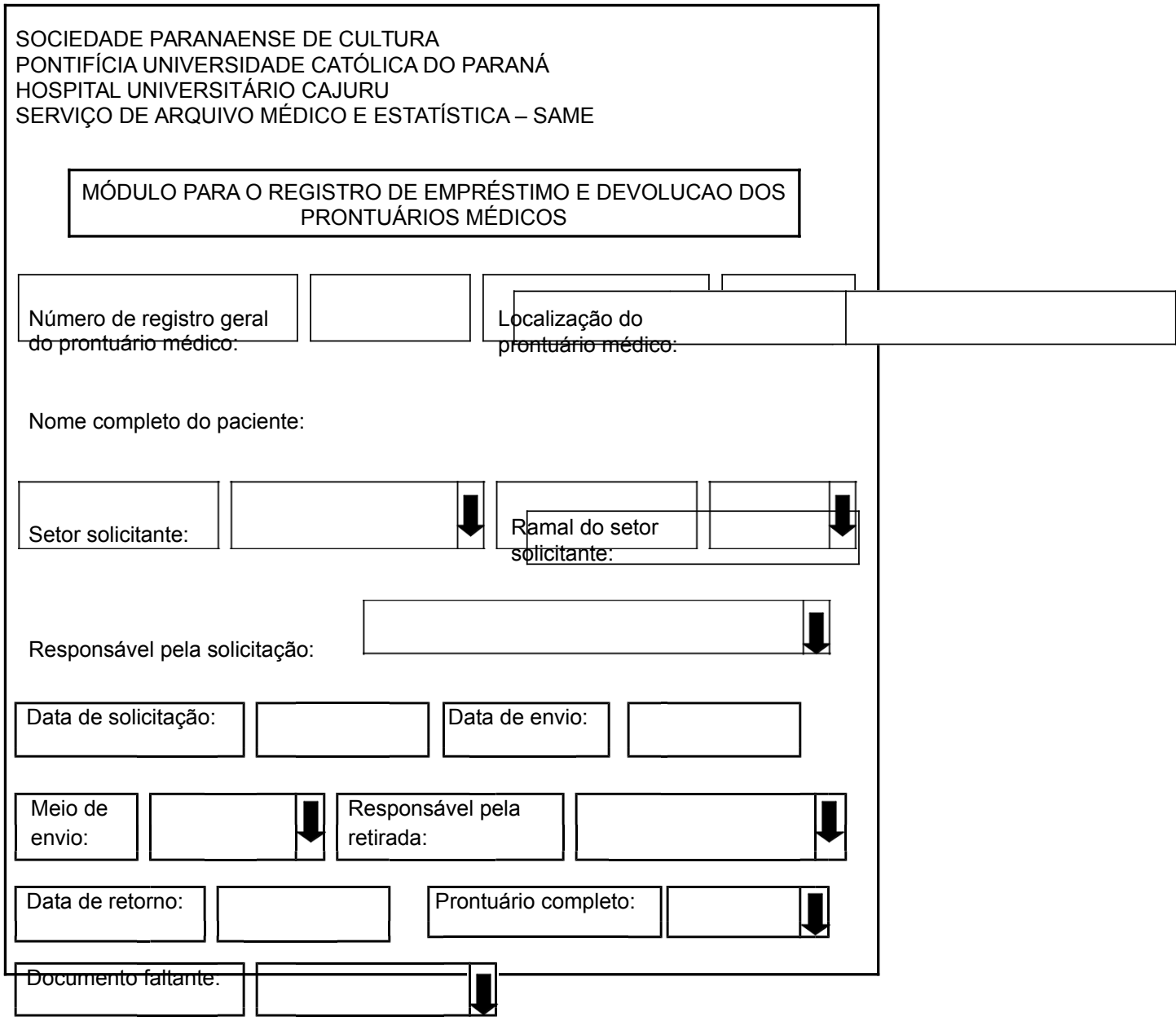


FIGURA 8 – MÓDULO PARA O REGISTRO DE EMPRÉSTIMO E DEVOLUÇÃO DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS



Contudo, a funcionalidade eficaz desse sistema proposto depende do programa utilizado, o qual deve permitir emissão de relatórios, consulta com uma interface simples para o usuário e disponibilizar, a princípio, qualquer campo de dados/atributo como ponto de acesso para recuperação do prontuário, o que facilita com maior agilidade saber se o documento se encontra ou não no arquivo.

5.4 ARQUIVAMENTO DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS

O sistema de arquivamento atual aplicado aos prontuários médicos pelo SAME não é, integralmente, desatualizado e ineficiente, pois consegue atender, mesmo com dificuldades, às necessidades que lhes são impostas, porém, também não dispensa melhorias e adequação.

Além disso, o SAME sofre com alguns problemas de condições ambientais, principalmente ao que está relacionado com o espaço físico do Arquivo, sendo este o problema que deve ser sanado com maior urgência, pois o SAME já não disponibiliza locais para o armazenamento de estantes e, conseqüentemente, para os prontuários.

No entanto, a questão do espaço físico do SAME poderia ser melhorada, ou suprida totalmente, se o tratamento físico de arquivamento oferecido aos prontuários fosse mais técnico e melhor padronizado, utilizando-se de recursos apropriados a este tipo de documentação, além de uma forma que simplificasse o armazenamento dos mesmos nas estantes, liberando espaço para posteriores arquivamentos.

Deste modo, a proposta de reformulação também tem como propósito apresentar novas técnicas e procedimentos, assim como outros recursos materiais, destinados ao arquivamento dos prontuários médicos. Esse processo é descrito a seguir.

5.4.1 Recursos Materiais

As caixas de arquivo inativo que atualmente são utilizadas para depósito de um ou mais prontuários, devem ser substituídas pelo uso de pastas de papel coloridas com elástico, de acordo com a seguinte padronização:

a) uma pasta para cada prontuário médico, porém no caso deste ser muito volumoso, deve-se dividi-lo em partes, cada qual em pastas separadas, sendo cada uma destas diferenciadas pelo código de identificação fixado em suas lombadas, como no exemplo a seguir:

$1999.045.647_1$	$1999.045.647_2$	$1999.045.647_3$

b) uma só cor, marca e modelo para todas as pasta;
c) uso exclusivo de pastas de papel já que outros suportes para armazenamento, como por exemplo a utilização de pacotes plásticos, podem danificar os prontuários, pois o plástico pode abafá-los;
d) armazenadas nas estantes na posição vertical, de modo que suas etiquetas de lombada, contendo os códigos de localização do prontuário, estejam voltadas para o corredor.

Com o emprego deste novo recurso de arquivamento, além do SAME passar a adquirir uma visualização e um layout mais agradáveis, os prontuário passam a ocupar menos espaço nas estantes, devido a sua nova posição de armazenamento, oferecendo ao SAME aumento de espaço físico e, conseqüentemente, racionalização de despesas.

5.4.2 Códigos de Localização

Nas lombadas das pastas são anexadas etiquetas com o código de localização do prontuário médico. Este código, por sua vez, deve conter o número de registro geral do prontuário médico o qual está escrito na folha de rosto inserida na pasta, diferenciando-se do atual código que o SAME aplica, o qual é composto por vários outros dados. Esses códigos podem ser melhor visualizados nos exemplos a seguir:

a) exemplo 1: código de localização atual aplicado no SAME:

PRONTUÁRIOS CAIXA 0125 99.045.647 a 99.046.084

b) exemplo 2: código de localização proposto:

1999.045.647

Este código de identificação do prontuário médico é suficiente para a sua localização no Arquivo, já que trata-se do seu próprio número de registro geral. Além disso, no momento da recuperação do documento, o sistema informa onde este está localizado, ou seja, indica qual é a estante onde o prontuário está armazenado, sendo este processo também suficiente para a localização e o acesso direto às estantes.

Assim sendo, este código deve ser redigido em computador, de preferência em fonte Arial 12, impresso em uma etiqueta autocolante destinada à impressão a jato de tinta. Após sua impressão e fixação na lombada da pasta, a etiqueta deve ser coberta por um pedaço de papel contact transparente, cortado em tamanho maior que o da etiqueta.

Por último, deve-se ter cuidado no momento de anexar a etiqueta na pasta, observando atentamente se a etiqueta em questão corresponde ao prontuário que está inserido na pasta.

5.4.3 Sinalizadores de Estante

Os sinalizadores de estante são códigos de identificação, um pouco mais gerais do que os códigos de localização das pastas, que indicam em qual estante o prontuário médico está localizado. Após, sim, a localização destes documentos por meio dos sinalizadores de estante, é que os mesmo são localizados individualmente, por meio do seu número de registro.

Estes sinalizadores diferenciam-se do atual modelo já existente, no que diz respeito a numeração da caixa, conforme os exemplos que se seguem:

a) exemplo 1: sinalizador de estante atual aplicado no SAME:

10º ESTANTE Caixa 0125 1999.033.041 a 1999.169.619

b) exemplo 2: sinalizador de estante proposto:

ESTANTE 10 PRONTUÁRIOS 1999.033.041 a 1999.169.619

No modelo proposto, o dado referente à palavra “PRONTUÁRIO” é acrescentado em função de uma identificação mais completa e compreensível, já que este sinalizador é fixado na parte frontal das estantes, as quais são de aço, tipo as estantes de bibliotecas, e já que no Arquivo também são encontrados outros tipos de documentos.

A exemplo dos códigos de localização, os sinalizadores de estante também devem ser redigidos em computador, em fonte Arial 48, porém, impressos em uma folha de papel A4, já que o sinalizador e o local onde o mesmo é fixado são maiores do que a etiqueta de lombada das pastas. Devem ser fixados na parte frontal da estante, ao lado oposto dos corredores entre as mesmas, sob papel contact transparente, sendo este cortado em tamanho maior que o papel A4.

Esse procedimento é essencial para o arquivamento dos prontuários no SAME, pois além de facilitar sua busca e acesso, tornando-os mais ágeis e precisos, também indica aos funcionários e outras pessoas leigas quais e quantos são os prontuários localizados naquela estante, contribuindo também para o processo de análise estatística realizado pelo SAME, sendo não necessário fazer uma cotação quase manual ou por meio de um outro sistema.

5.5 PROCEDIMENTOS DE MANUTENÇÃO PARA O SISTEMA

Uma vez definido o software a ser empregado no processo lógico do sistema, que deve abordar os procedimentos de registro, controle de empréstimo e devolução, consulta e emissão de relatórios dos prontuários médicos, o mesmo deve ser atualizado sempre que novas versões surgirem. Do mesmo modo, os processos físicos/manuais

atribuídos ao sistema de prontuários médicos do HUC por meio desta proposta de reformulação, também devem ser monitorados constante e permanentemente.

Esta manutenção, no entanto, deve ficar a cargo de um profissional da área de Informática em conjunto com o gestor do Sistema de Informação de prontuários do SAME, com base em um Manual que deve ser confeccionado. Este Manual, por sua vez, deve conter o planejamento e todos os procedimentos utilizados para a estruturação e alimentação do banco de dados informatizado, bem como as técnicas e padrões adotados para o tratamento físico do sistema, os quais, quando alterados, também devem ser incorporados a este Manual.

Em relação aos processos de arquivamento dos prontuários, é necessário que este seja executado corretamente, garantido desse modo fácil acesso aos prontuários e, conseqüentemente, fazendo com que a sua recuperação seja precisa, evitando inconsistências no momento da busca.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se a instituição Hospital Universitário Cajuru (HUC) como um sistema e cada um de seus setores como um subsistema, que são partes se inter-relacionando. No entanto, cada um destes setores também pode se apresentar como o sistema maior e as atividades, que são por eles executadas, os subsistemas. Neste caso, o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do HUC pode ser definido como um sistema e os seus prontuários, com seus demais serviços, por sua vez, como os subsistemas.

Também é possível e viável classificar o SAME como um sistema aberto, pois, mesmo dependente dos demais setores do Hospital, também sofre influências, realizando trocas e permutas constantes com o meio externo.

O SAME é hoje um sistema permanente, tudo que ele produz e nele está inserido não deve jamais ser descartado. Por isso a necessidade de se criarem soluções benéficas, tanto físicas como informatizadas, a este tipo de sistema, pois apenas com a melhoria dos serviços prestados é que os problemas podem ser sanados, ou pelo menos, evitados.

No entanto, com a introdução desenfreada de redes de computadores e o crescimento na quantidade e complexidade das novas tecnologias, observa-se atualmente, principalmente em relação as organizações hospitalares, uma grande preocupação com o aumento de custos e despesas na manutenção dessas estruturas, pois, um simples computador conectado em rede exige atualizações de software constantes, consertos, instalações de programas e periféricos, controle de segurança, entre outras exigências, tornando o investimento inicial apenas mais uma despesa dessa tecnologia.

Por outro lado, as grandes organizações hospitalares, como é o caso do HUC, precisam gerenciar e controlar grandes sistemas, necessitando, portanto, maior grau de informatização.

Assim, com base nas análises e interpretações realizadas, tanto por meio de levantamento bibliográfico e documental, quanto por meio do diagnóstico executado, constatou-se que é indispensável para o SAME a implementação, mesmo que de forma simplificada e local, de um sistema automatizado para o gerenciamento dos seus prontuários médicos, o qual ofereça suporte para uma estrutura de banco de dados,

constituída por informações básicas e relevantes relacionadas ao paciente e sua doença. No entanto, é necessário que tal estrutura possua um padrão mínimo para um sistema de banco de dados, podendo, além de registrar, recuperar as informações de forma precisa, assim como controlar o empréstimo de tais documentos aos setores solicitantes do Hospital.

Pode-se afirmar que, apesar dos avanços tecnológicos e da perspectiva da existência de prontuários eletrônicos, os prontuários médicos, em suporte de papel, ainda vão continuar a existir por muito tempo, passando, então, o sistema proposto a ser utilizado por um vasto período de tempo.

O sistema proposto, por sua vez, analisa os prontuários e restringe-se a indicar os campos a comporem o banco de dados, totalizando vinte e dois campos, entre dados para sua identificação e controle de empréstimo, adequando-se à atual política de prontuários vigente, para que possa ser imediatamente implantado a partir da definição do software, o qual deixou-se a cargo do Hospital.

No entanto, esta pesquisa considera que o sistema proposto seja, posteriormente, integrado aos demais setores do Hospital, disponibilizando as informações clínicas necessárias que diariamente tramitam e são indispensáveis para todos os serviços prestados em uma organização hospitalar.

Em síntese, os problemas atualmente existentes, como a falta de espaço físico no Arquivo, falta de integração com os demais setores do Hospital, controle de empréstimo e devolução dos prontuários inadequado, além de tornarem insatisfeitos os usuários e funcionários do Hospital na busca dos prontuários, atingem também, direta ou indiretamente, os pacientes e seus familiares.

Conclui-se, portanto que, tais problemas não podem ser resolvidos ou amenizados sem a transferência do SAME para outro local que ofereça melhores condições de armazenamento, conservação e segurança aos prontuários, sem a implantação de um sistema que atenda a curto prazo as necessidades locais, e a médio e a longo prazo as necessidades de forma integrada ao Hospital, atendendo à consultas remotas e atuais, já que hoje, por encontrar-se em setor externo e distante do HUC, o SAME não dispõe de sistema integrado (Intranet) com o demais setores do Hospital.

7 RECOMENDAÇÕES

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital Universitário Cajuru (HUC) é um setor que, atualmente, não possui sistema informatizado, sendo o controle e o gerenciamento de seus documentos realizados exclusivamente por meio de papeladas intermináveis, ou seja, utiliza-se de sistema totalmente manual.

É certo e recomendável que empresas de pequeno porte, ou até mesmos setores isolados de instituições, como é o caso do SAME, também façam uso de computadores e das novas tecnologias de informação existentes.

Neste sentido, algumas recomendações ao sistema de prontuários médicos do HUC são apresentadas de modo a complementar e tornar mais eficaz, mesmo que em longo prazo, a proposta enunciada.

Recomenda-se, primeiramente, que após a implantação do sistema, inicie-se o registro dos prontuários novos, deixando os retrospectivos à serem incluídos no sistema de maneira progressiva, apenas na medida em que forem sendo solicitados pelos usuários.

Em relação ao tratamento físico dos prontuários médicos, o sistema proposto também recomenda que, devido ao código de identificação que é fixado nas lombadas das pastas dos prontuários, é desnecessário reescrever no cabeçalho da folha de rosto do prontuário seu número de registro geral. Essa recomendação se justifica pelo fato de que não é mais preciso procurar prontuário por prontuário dentro das caixas, já que o mesmo está inserido e identificado, individualmente, em cada pasta, facilitando desse modo o acesso ao documento.

Uma outra recomendação é com relação a um novo espaço físico que deve ser adquirido para a localização do SAME, pois o atual local onde está situado encontra-se totalmente lotado, não disponibilizando mais de espaço físico para armazenar seus documentos.

Diante de tal problema, recomenda-se, então, que o Hospital, em suas próprias dependências ou proximidade, disponibilize esse novo espaço para o SAME, pelo

menos enquanto os prontuários ainda existirem como documentos físicos em papel, pois é indispensável e importante que permaneçam juntos à comunidade hospitalar.

Como não é permitido descartar os prontuários, recomenda-se também que sejam realizados estudos para a conversão dos prontuários em papel para prontuários eletrônicos, o que eliminaria a problemática do espaço físico e agilizaria o registro, o acesso e o fluxo desses documentos. Neste caso, o sistema proposto deve ser revisto em termos de adequação às novas definições.

Fazer com que realmente exista um único prontuário para o paciente (dossiê do paciente) é outra recomendação apresentada por esta pesquisa, pois atualmente, para o mesmo paciente, a cada retorno e novo internamento no Hospital, um novo prontuário é iniciado. Essa recomendação se faz viável e necessário para a reunião de todos os prontuários médicos de um determinado paciente, proporcionado assim a integração da vida clínica do paciente, além da recuperação e do manuseio do documento, por parte do médico, serem facilitados. No entanto, sendo essa integração efetivamente aplicada, alguns campos de dados previstos na proposta de reformulação do sistema devem ser alterados, sendo estes os campos de data de entrada do paciente e respectiva data e motivo de saída, do internamento.

Devido aos prontuários serem emprestados pelo SAME aos setores do Hospital sem a realização de um controle da quantidade de seu conteúdo, alguns de seus formulários ou outros documentos podem ser extraviados durante o trâmite ou mesmo pela retirada do médico para alguma ação específica. Essa perda pode ser minimizada com a recomendação de que, posteriormente, seja possível o empréstimo somente dos documentos solicitados, em vez de todo o prontuário.

Porém, caso seja implementada esta possibilidade de empréstimo individual de documentos do prontuário, mesmo que em casos isolados, cada um desses documentos deve receber um código que possibilite sua identificação única para seu correto retorno ao prontuário, sendo este código composto, essencialmente, pelo número de registro do próprio prontuário médico e um outro seqüencial que indique sua localização dentro do prontuário. Com isso, novamente outro campo de dado previsto

na proposta deve ser alterado, sendo este o campo referente aos documentos inclusos no prontuário.

Uma outra recomendação se refere a um novo campo de dado que registre informações relacionadas ao diagnóstico definitivo de cada paciente/prontuário, sendo este campo composto por palavras-chave que melhor o represente, servindo como campo de busca por assunto, principalmente para a pesquisa científica e acadêmica realizada com freqüência nos prontuários médicos.

Recomenda-se, ainda, que o sistema informatizado proposto para a reformulação dos prontuários médicos do HUC seja, num segundo momento, disponibilizado em rede no Hospital, pelo menos as informações que dizem respeito ao registro e localização do documento no Arquivo. Neste caso, recomenda-se então que seja feita a interferência de um profissional especializado na área de Informática, principalmente para as definições do software, da plataforma computacional e da interface com o usuário, que devem ser empregados na informatização do sistema, uma vez que estes aspectos não foram mencionados pela proposta nessa pesquisa, fazendo assim com que a implementação desta seja enriquecida pela multidisciplinaridade de área e de conhecimento.

Por fim, recomenda-se a integração com todo o Hospital, sendo os vários sistemas existentes convertidos em um só, no Sistema Hospitalar, passando este a transmitir e a oferecer à toda organização hospitalar, não somente informações vinculadas aos setores, mas todas àquelas relacionadas ao Hospital de forma geral.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, M. T. F. Contribuição à implementação de sistemas de informação em saúde utilizando HL7. Curitiba, 1999. 137 f. Dissertação (Mestrado em Informática Aplicada) - Centro de Ciências Exatas e de Tecnologia, Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

ARAUJO, V. M. R. H. Sistemas de informação: nova abordagem teórico-conceitual. Ciência da Informação, Brasília, v. 24, n. 1, p. 54-76, jan./abr. 1995.

BIO, S. R. Sistemas de informação: um enfoque gerencial. São Paulo: Atlas, 1985. 183 p.

CAPRA, F. A teia da vida: uma nova compreensão cientifica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix, 1996. 256 p.

CARVALHO, L. F. Serviço de arquivo médico e estatística de um hospital. 2. ed. São Paulo: LTr, 1977. 265 p.

CASSARRO, A. C. Construindo o futuro de seus negócios: como planejar e agir com visão estratégica. São Paulo: LTr, 1997. 149 p.

FERREIRA, D. P.; LIRA, A. C. O. O papel da informação no hospital do futuro. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 173-181, maio/jun. 2000.

HAGEN, A. M. M.. Algumas considerações a partir do processo de padronização da descrição arquivística. Ciência da Informação, Brasília, v. 27, n. 3, p. 293-299, set./dez. 1998.

LABEL, F. Automação de UTI: uma solução Access para ambiente hospitalar. CPU-PC, Rio de Janeiro, n. 15, p. 16-22, [199-].

LOURENÇO, A. F. M. Do médico ou do paciente?: para facilitar o registro, o acesso e a transparência eletrônica de dados entre instituições. Medicina Social de Grupo, São Paulo, v. 15, n. 172, mar./abr. 2001. Encarte: Informe Abramge, p. 1-3.

MAÑAS, A. V. Administração de sistemas de informação. 2. ed. São Paulo: Érica, 2000. 282 p.

MEZZOMO, A. A. Serviço do prontuário do paciente: organização e técnica. 4. ed. São Paulo: CEDAS, 1991. 443 p.

MIURA, C. L. Informática. São Paulo: CEDAS, [199-]. 119 p. (Caderno, 4). Material didático do Curso de Especialização em Administração Hospitalar.

OLIVEIRA, D. P. R. Sistemas de informações gerenciais: estratégias, táticas, operacionais. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2001. 285 p.

PINTO FILHO, H. O todo é mais do que a soma das partes. Dados e Idéias, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 65-69, dez./jan. 1975/1976.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ. Hospital Universitário Cajuru: os novos caminhos da saúde. Disponível em <http://www.hospitalcajuru.pucpr.br/cajurunet/index.htm> Acesso em: 12 mar. 2002.

REZENDE, D. A.; ABREU, A. F. Tecnologia da informação aplicada a sistemas de informação empresariais: o papel estratégico da informação e dos sistemas de informação nas empresas. São Paulo: Atlas, 2000. 311 p.

ROBREDO, J. Documentação de hoje e de amanhã. Brasília: Associação de Bibliotecários do Distrito Federal, 1978. 172 p.

SABBATINI, R. M. E. Como informatizar o prontuário médico. Revista Informédica, v. 2, n. 10, 6 p., 1994. Disponível em: <www.livramento.liv.zaz.com.br/medicos.htm> Acesso em: 28. jul. 2001.

SABBATINI, R. M. E. O paciente no computador. Médico Repórter, v. 1, n. 1, 3 p., nov. 1998. Disponível em: <www.nib.unicamp.br/papers/reporter-medico-01.htm> Acesso em: 06 ago. 2001.

SABBATINI, R. M. E. Prontuário médico de bolso. Médico Repórter, v. 1, n. 6, p. 20-22, jun. 1999. Disponível em: <www.nib.unicamp.br/papers/reporter-medico-06.htm> Acesso em: 06 ago. 2001.

SOUNIS, E. Organização de um serviço de arquivo médico e estatística: SAME. 2. ed. São Paulo: Ícone, 1993. 189 p.

SPINELLI JUNIOR, J. A conservação de acervos bibliográficos & documentais. Rio de Janeiro: Fundação Biblioteca Nacional, 1997. 90 p.

STAIR, R. M. Princípios de sistemas de informação: uma abordagem gerencial. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1998. 451 p.

TACHINARDI, U. Tendências da tecnologia da informação em saúde. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 165-172, maio/jun. 2000.

LEITURAS COMPLEMENTARES

BERALDI, L. C.; ESCRIVÃO FILHO, E. Impacto da tecnologia de informação na gestão de pequenas empresas. Ciência da Informação, Brasília, v. 29, n. 1, p. 46-50, jan./abr. 2000.

CHIZZOTTI, A.. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995. 164 p.

GUINCHAT, C.; MENOU, M. Introdução geral às ciências e técnicas da informação e documentação. 2. ed. corr. aum. Brasília: IBICT, 1994. 540 p.

INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Brasília: Ministério da Saúde, v. 20, n. 3, jul./set. 2000. 28 p.

INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Brasília: Ministério da Saúde, v. 20, n. 4, out./dez. 2000. 20 p.

PEIXOTO, C.. Information superhighway: o futuro da distribuição de informação. CPU-PC, Rio de Janeiro, n. 15, p. 24, [199-].

PERSONA, M. Dieta de desinfoxicação. Disponível em <http:/www.catho.com.br> Acesso em: 15 fev. 2002.

PINTO, V. B. Informação: a chave para a qualidade total. Ciência da Informação, Brasília, v. 22, n. 2, p. 133-137, maio/ago. 1993.

RUDIO, F. V. Introdução ao projeto de pesquisa científica. Petrópolis: Vozes, 1978. 124 p.

SANTOS, A. R. Tipos de pesquisa. In: _____. Metodologia científica: a construção do conhecimento. Rio de Janeiro: DPGA, 1999. p. 21-31.

SILVA JÚNIOR, I. Os desafios da modernização numa organização hospitalar. Revista de Administração em Saúde, São Paulo, v. 2, n. 7, p. 15-22, abr./jun. 2000.

APÊNDICE
ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevista realizada com a chefe do SAME, para a obtenção de informações relacionadas ao processo de tratamento dos prontuários médicos do HUC.

Entrevistado:

Cargo:

Perguntas:

1) Quais são os setores responsáveis pelo o envio dos prontuários médicos ao SAME?

2) Quais são, geralmente, os setores que solicitam novamente o retorno do prontuário ao Hospital?

3) Qual o meio utilizado para a solicitação dos prontuários ao SAME?

4) Quais os dados do prontuário que são repassados ao funcionário do SAME para a localização do documento no arquivo?

5) Quais são as pessoas/setores responsáveis pela retirada do prontuário médico do SAME e de que modo este é expedido?

6) Quais são os principais motivos que levam os serviços/setores a solicitarem o prontuário médico ao SAME?

7) Como é feito o controle de entrada, saída e retorno do prontuário ao SAME?

8) Há necessidade de implantação de novos recursos ou de reformulação no atual sistema de prontuários médicos para que os objetivos do mesmo possam ser atingidos com melhor eficácia, uma vez que este se encontra em método totalmente manual?

ANEXOS

ANEXO 1 – FOLHA DE ROSTO DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO HUC.....92
ANEXO 2 – LISTAGEM DE CONFERÊNCIA DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS ENVIADOS AO SAME 94
ANEXO 3 – FOLHA DE ROSTO DO PRONTUÁRIO MÉDICO COM O NÚMERO DE REGISTRO GERAL REESCRITO.....96
ANEXO 4 – REGISTRO DE ENVIO DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS.....98
ANEXO 5 – REGISTRO DE DEVOLUÇAO DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS 100
ANEXO 6 – PARECER 8/97 102
ANEXO 7 – REGIMENTO DO SERVIÇO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE I.....105
ANEXO 8 – REGIMENTO DO SERVIÇO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE II.....11

ANEXOS

ANEXO 1 – FOLHA DE ROSTO DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO HUC.....92
ANEXO 2 – LISTAGEM DE CONFERÊNCIA DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS ENVIADOS AO SAME.....94
ANEXO 3 – FOLHA DE ROSTO DO PRONTUÁRIO MÉDICO COM O NÚMERO DE REGISTRO GERAL REESCRITO.....96
ANEXO 4 – REGISTRO DE ENVIO DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS.....98
ANEXO 5 – REGISTRO DE DEVOLUÇAO DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS.....100
ANEXO 6 – PARECER 8/97.....102
ANEXO 7 – REGIMENTO DO SERVIÇO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE I.....105
ANEXO 8 – REGIMENTO DO SERVIÇO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE II.....114

ANEXO 1 – FOLHA DE ROSTO DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO HUC

)CIEDADE PARANAENSE DE CULTURA
)NTIFICIA UNIVERSIDADE CATOLICA DO PARANA
)SPITAL UNIVERSITARIO CAJURU

'ontuario: 2001186703 RUP: 214684

iscimento: 11/11/1930 Idade: 71 Posto: 9 Quarto: 900 Leito: 3

trada...: 22/12/2001 Hora: 16:43 Acomp.: S/A Acomod.:

ta.....: 24/12/2001 Filiacao: Sexo: MASCULINO

entidade: 19803109 CPF: 67825842987 Reg.Nasc: PIS:

dereco..: ESTRADA DUAS MAMAS S/ N DUAS MAMAS Fone:

dade/Est: SCHROEDER - SC CEP.: 89275-000

gurado..: Prof: COMERCIANTE

ıvenio..: 998-PARTICULAR - INT

)cedimento.: 99999994 - PROCEDIMENTO A DEFINIR
) - 10.....: -
lanca Proc.: _____ Para: _____ Seq: _____

---

lico.....: 170 - FRANCISCO MAIA DA SILVA

lico.....: 193 - VICTOR BAUER JUNIOR

Descricao do Procedimento	Codigo Proced.	Assinatura/CRM

*** ATENCAO: VERIFIQUE O CEP E A DOCUMENTACAO DO PACIENTE ***
SEM REG. NASCIMENTO * SEM PIS

TERMO DE RESPONSABILIDADE ***

_____RG:_____

orizo o internamento do paciente neste hospital, para tratamento necessario forme solicitacao medica.

_____
Assinatura do Responsavel

ANEXO 2 – LISTAGEM DE CONFERÊNCIA DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS ENVIADOS AO SAME

HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU

EMISSAO DE PROCESSAMENTO DE DADOS - AIH2930.

SEG 04/01/99 AS 10:58

RELACAO DE PACIENTES INTERNADOS SUS (SAME) FATURADOS NO MES DE DEZEMBRO DE 1998

IDD	NOME DO PACIENTE	NASCM.	ENTRA.	SAIDA	CLINICA	NOME DO MEDICO	CONVENIO	MOT. DE ALTA
62973	ALACIR NEDIR MARINHO CORREIA	021249	201098	131198	CLINICO	RICARDO ALVES	SUS-INT	12-ALTA
G: INSUFICIENCIA CORONARIANA AGUD								
63982	ALAMIRO CUNHA	100121	261098	101198	CIRURGICO	WILSON BOZZI DE SA	SUS-INT	43-OBITO
C: LAPAROTOMIA EXPLORADORA								
88227	ALBERI JUNIOR PIRES	301272	071298	111298	CIRURGICO	LUIZ ROBERTO AGUIAR	SUS-INT	12-ALTA
G: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO								
82185	ALBERONI DUQUE DE LIMA	220748	261198	031298	QUEDA NIVEL	LUIZ ROBERTO AGUIAR	SUS-INT	12-ALTA
G: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO								
85466	ALBERTINA BARROS LEDER FARI	260773	021298	151298	CIRURGICO	GERSON LUIZ LAUX	SUS-INT	12-ALTA
G: DRENAGEM DE ABSCESSO PELVICO								
74823	ALBERTINA BARROS LEDER FARIA	260773	121198	241198	CLINICO	GERSON LUIZ LAUX	SUS-INT	12-ALTA
G: APENDICECTOMIA								
83204	ALCEU RUDEK	081064	041298	071298	QUEDA NIVEL	BENJAMIM SMANIOTTO	SUS-INT	12-ALTA
G: FRATURA COMINUTIVA DE MANDIBUL								
67841	ALCIDES CUSTODIO TEIXEIRA	090957	291098	171198	CLINICO	FRANCISCO M. SILVA	SUS-INT	12-ALTA
G: INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO								
71096	ALCINA CARNEIRO DE ANDRADE	090929	051198	071298	ATROPELAMENTO	LUIZ ROBERTO AGUIAR	SUS-INT	12-ALTA
G: POLITRAUMATIZADO								
79432	ALDA REDLON	240144	211198	271198	CLINICO	SILVIO MACHADO	SUS-INT	12-ALTA
C: EPILEPSIAS								
90927	ALEX ROBERTO DE JESUS	190770	111298	141298	QUEDA NIVEL	CYRO P. CAMARGO FO.	SUS-INT	12-ALTA
C: RED CIR FRAT OSSOS ANTE BRACO								
76765	ALEXANDRE DA SILVA BASTOS	311279	251198	281198	QUEDA NIVEL	LUIZ ROBERTO AGUIAR	SUS-INT	12-ALTA
G: FRATURA COMINUTIVA DE MANDIBUL								
92727	ALEXSANDRO SANT ANNA	181176	151298	171298	COLISAO	GERSON LUIZ LAUX	SUS-INT	12-ALTA
G: REDUCAO CIRURGICA DE FRATURAS DAS FALANGES C/FIXACAO								
87030	ALFREDO DOS SANTOS FILHO	130560	051298	101298	CLINICO	DIEGO F.V. MANTILLA	SUS-INT	12-ALTA
G: DIABETE S/CARINO								
82631	ALFREDO JACINTO GOMES	270324	081298	131298	ORTOPEDICO	CYRO P. CAMARGO FO.	SUS-INT	12-ALTA
G: OSTEOTOMIA AO NIVEL DO JOELHO								
82308	ALFREDO JOSE BECK	190857	261198	111298	CIRURGICO	FRANCISCO M. SILVA	SUS-ELETIVO	12-ALTA
G: INSUFICIENCIA CARDIACA								
93988	ALFREDO LENNERT	030642	171298	211298	CIRURGICO	VICTOR BAUER JUNIOR	SUS-ELETIVO	12-ALTA
G: INSUFICIENCIA CORONARIANA AGUD								
76471	ALOIZE GROCHOVSKI	060253	161198	111298	ORTOPEDICO	LUIZ R GOMES VIALLE	SUS-ELETIVO	12-ALTA
G: ARTROPLASTIA COXO-FEMURAL COM PROTESE NAO CIMENTADA								
41954	ALTIVO DE OLIVEIRA GOMES	300833	110998	251098	CLINICO	VALERIA CRISTINA	SUS-INT	12-ALTA
G: EMBOLIAS OU ENFARTOS PULMONARE								
89127	ALVARO JOSE FINK DA SILVA	061276	081298	151298	ORTOPEDICO	SERGEI T. FISCHER	SUS-ELETIVO	12-ALTA
G: OSTEOTOMIA DA TIBIA COM OU SIN								
84690	ALVIRA WEISHEIMER	041143	011298	071298	CLINICO	GERSON LUIZ LAUX	SUS-INT	12-ALTA
G: COLECISTITE AGUDA								
78124	ALZIRA ROSA FERNANDES SANTOS	270125	191198	221198	ORTOPEDICO	FERNANDO OLIVEIRA	SUS-INT	12-ALTA
C: RED CIR DIAF DE TIBIA C/FIXACA								
76621	AMARILDO DO CARMO FERNANDES	261281	161198	171198	CLINICO	DIEGO F.V. MANTILLA	SUS-INT	23-TRANSFERE
G: DTRG E/OU PRTM ATEND CLINICO								
67317	AMARILDO FERREIRA	061264	291098	061198	QUEDA NIVEL	FERNANDO OLIVEIRA	SUS-INT	12-ALTA
C: POLITRAUMATIZADO								
75528	AMAURI ELOY DE SANTANA	160274	141198	181198	ESFACELADOS	BENJAMIM SMANIOTTO	SUS-INT	12-ALTA
G: POLITRAUMATIZADO								
78673	AMELIA KALIL MORESKI	180930	191198	261198	CLINICO	FLAVIO S. HAYASHI	SUS-INT	12-ALTA
G: AVC AGUDO ISQUEMICO								
77490	AMILTON DOS SANTOS DANIEL	010773	171198	281198	AGRESSAO	LEOVANIL S. FILHO	SUS-INT	12-ALTA
G: FRATURA COMINUTIVA DE MANDIBU								

ANEXO 3 – FOLHA DE ROSTO DO PRONTUÁRIO MÉDICO COM O NÚMERO DE REGISTRO GERAL REESCRITO

)CIEDADE PARANAENSE DE CULTURA
)NTIFICIA UNIVERSIDADE CATOLICA DO PARANA
)SPITAL UNIVERSITARIO CAJURU

---

rontuario: 2001.186.703 RUP: 214684

ıscimento: 11/11/1930 Idade: 71 Posto: 9 Quarto: 900 Leito: 3

ıtrada...: 22/12/2001 Hora: 16:43 Acomp.: S/A Acomod.:

lta.....: 24/12/2001 Filiacao: Sexo: MASCULINO

ıentidade: 19803109 CPF: 67825842987 Reg.Nasc: PIS:

ıdereco..: ESTRADA DUAS MAMAS S/ N DUAS MAMAS Fone:

.dade/Est: SCHROEDER - SC CEP.: 89275-000

:gurado..: Prof: COMERCIANTE

)nvenio..: 998-PARTICULAR - INT

'ocedimento.: 99999994 - PROCEDIMENTO A DEFINIR
:D - 10.....: -
ıdanca Proc.: _____ Para: _____ Seq: _____

'dico.....: 170 - FRANCISCO MAIA DA SILVA

'dico.....: 193 - VICTOR BAUER JUNIOR

Descricao do Procedimento	Codigo Proced.	Assinatura/CRM

*** ATENCAO: VERIFIQUE O CEP E A DOCUMENTACAO DO PACIENTE ***
SEM REG. NASCIMENTO * SEM PIS

* TERMO DE RESPONSABILIDADE ***

:_____RG:_____

torizo o internamento do paciente neste hospital, para tratamento necessario
nforme solicitacao medica.

_____
Assinatura do Responsavel

ANEXO 4 – REGISTRO DE ENVIO DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS

Solicitação de H.H. por Telefone

RG	Nome do Vaqueiro	Data Solic	Solicitante
2000.220.722	José Carlos Castanha int. 12/2000 I. — dr	28.08.2001	Augusto
2001.036.841	Ricardo Ferreira Oliveira int. 03/2001 I. — dr	28.08.2001	Marcio Jat
2001.019.555	Antonio Delci Dias int. 09/2001 I. — dr	"	"
2001.097.139	Wanderli Terezinha J. Paula F.E. 04.07.2001 E. — dr	29.08.2001	S.T.Ra Marc
2001.124.847	Nelson Miguel Dias F.E. 24.08.2001 E. — dr	"	"
2001.112.125	Terezinha F.E. 03.08.2001 N.R.A.	"	"
2001.103.099	Terezinha F.E. 16.07.2001 N.R.A.	"	"
2001.101.884	Terezinha F.E. 13.07.2001 N.R.A.	"	"
2001.074.390	Hermindo F.E. 20.05.2001 N.R.A.	"	"

ANEXO 5 – REGISTRO DE DEVOLUÇAO DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS

Protocolo de Prontuários 2001

RG.	Nome do Paciente	data Solic.	Solicit.	Dev.
99.172.201	João Vidal dos Santos	02.01.01	Augusto	12.02.200[illegible]
2000.176.331	Beatriz B. Rodrigues	02.01.01	Auxil. Roberto	08.01.0[illegible]
2000.084.996	Luiz Paulo de Lima	02.01.01	Fat. Luiz Carlos	04.01.01
99.049.378	Henrique Luiz Ribeiro	03.01.01	Augusto	12.02.20[illegible]
2000.088.169	Thomaz Bianchi	04.01.2001	Karina Fat.	02.02.20[illegible]
2000.079.607	Frederico Julio Guth	05.01.2001	Augusto	12.02.200[illegible]
96.027.684	Bonfim Ferreira dos Santos	"	"	12.02.200[illegible]
2000.152.534	Sayde Pontaf Eclache	"	"	12.02.20[illegible]
2000.137.110	Luzia Andréa da Silva	"	"	12.02.20[illegible]
99.140.264	José Maria dos Santos	"	"	12.02.20[illegible]
98.069.796	Maria do Carmo S. Silva	"	"	12.02.20[illegible]
2000.069.554	Lindomar de Souza Pereira	"	"	12.02.20[illegible]
2000.078.075	Bandelino Claudino Santos	"	"	12.02.20[illegible]
2000.163.278	Alício Quark	03.01.01	Augusto	12.02.20[illegible]
2000.193.688	Leidalva da Conceição	"	"	12.02.20[illegible]
2000.164.140	Eloy Elizabeth M. Carl	05.01.2001	Tony Conv.	23.01.2001

ANEXO 6 – PARECER 38/97

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Portal saúde**: legislação. Disponível em <http://www.cfm.org.br> Acesso em: 08 abr. 2002.

PROCESSO CONSULTA CFM Nº 806/97
PC/CFM/Nº 38/97

INTERESSADO: Dr. Márcio Vieira Gomes

ASSUNTO: "Legalidade" de se manter arquivo apenas eletrônico no consultório

RELATOR: Cons. Nei Moreira da Silva

EMENTA: 1- Inexiste exigência de "manter arquivo escrito" no Código de Ética Médica.

2- Mesmo que houvesse exigência assim formulada, esta não especificaria que os arquivos deveriam estar "escritos em papel", ficando claro, portanto, que poderiam ser "escritos" em qualquer meio, inclusive eletrônico.

Em 13/2/97 via "e-mail", o Dr. Márcio Vieira dos Santos dirigiu-se a este Conselho nos seguintes termos:

"Gostaria de informação sobre a "legalidade" de manter arquivo apenas eletrônico no consultório. Atualmente arquivo as papeletas no computador, utilizando disquete como backup, mas "devido ao Código de Ética Médica, que exige manter arquivo escrito", faço cópia na impressora".

Protocolada em 25/2, foi providenciado levantamento do endereço não - eletrônico do consulente e, a seguir, apensada a matéria doutrinária sobre o tema existente nos arquivos desta Casa.

Finalmente, em 24/6, a consulta e anexos foram remetidos a este Conselheiro para emissão de Parecer.

Após minudente e reflexiva análise do tema, concluo:

1- Inexiste exigência de "manter arquivo escrito" no Código de Ética Médica.

2- Mesmo que houvesse exigência assim formulada, esta não especificaria que os arquivos deveriam estar "escritos em papel", ficando claro, portanto, que poderiam ser "escritos" em qualquer meio, inclusive eletrônico.

3- O que importa, efetivamente, é o sigilo das informações registradas e a sua recuperabilidade.

É o parecer, SMJ.

Brasília, 16 de julho de 1997.

NEI MOREIRA DA SILVA

Conselheiro relator

Aprovado em sessão plenária

em 10/09/97

NMS/mfmo

Voltar

ANEXO 7 – REGIMENTO DO SERVIÇO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE I

Fonte: MEZZOMO, Augusto Antônio. **Serviço do prontuário do paciente**: organização e técnica. 4. ed. São Paulo: CEDAS, 1991. 443 p.

REGIMENTO DO SERVIÇO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Introdução

A organização pressupõe a existência de um Regimento próprio do Serviço do qual conste a estruturação geral e as competências específicas.

O Regimento para o Serviço é tão importante quanto o Regulamento para o hospital e o Estatuto ou Contrato Social para a instituição.

A existência de um regimento para cada Serviço é um excelente instrumento para a administração superior e para o próprio Serviço. Com ele se evitam inúmeras falhas e problemas. Ele tira a odiosidade da administração e chefia que pouco precisam determinar por estar tudo previsto.

Segue um modelo de Regimento, que feitos os devidos acertos, pode facilmente ser aplicado em qualquer hospital.

Convém lembrar que um Regimento não traz toda a organização e sim os dados gerais. Cabe ao Manual de Organização descer aos detalhes. Após o Regimento serão apresentados ítens mais específicos e pormenorizados do Serviço do Prontuário do Paciente, facilitando a tarefa de quantos queiram organizar ou rever o próprio serviço.

Capítulo I — Das Finalidades

Art. 1º — O Serviço do Prontuário do Paciente tem por finalidade.

I — Registrar o atendimento e todos os fatos ocorridos com os pacientes;
II — Zelar pelo correto preenchimento dos prontuários, bem como pela guarda, conservação, utilização e controle dos mesmos;
III — Elaborar estatísticas, tabelas e gráficos representativos da realidade encontrada nos prontuários;
IV — Colaborar com a administração e demais serviços fornecendo os dados que necessitarem.

Capítulo II — Da Posição Hierárquica e Direção

Art. 2º — O Serviço do Prontuário do Paciente integra os Serviços Administrativos do Hospital e será dirigido por profissional devidamente habilitado.

Capítulo III — Da Estrutura do SPP

Art. 3º — O Serviço do Prontuário do Paciente apresenta a seguinte composição:

I — Registro Geral com:

a) Informações;
b) Internação;
c) Controle de Leitos e Vagas;
d) Marcação de consultas e Exames;
e) Controle de Visitas;
f) Elaboração do Censo Diário.

II — Arquivo, com:

a) Recepção e Conferência;
b) Movimentação e Controle;
c) Microfilmagem;

III – Estatística com:

a) Levantamento de Dados;
b) Tabulação e Gráficos;
c) Classificação e Codificação.

Capítulo IV – Da Competência

Art. 4º – Ao Registro Geral compete:

I – Atender pacientes e acompanhantes;
II – Informar a quantos procuram o hospital;
III – Providenciar encaminhamento ou internação;
IV – Manter atualizados os meios ou equipamentos de informação.

§ 1º – Ao Setor de Informação compete:

I – Atender ao público diretamente ou por telefone, fornecendo informações dentro do lícito;
II – Informar sobre as condições de saúde dos internados, altas, óbitos ou nascimentos, com as devidas reservas e cautelas;
III – Indicar a localização dos pacientes internados;
IV – Manter sempre atualizados o painel ou kardex de internados com respectivas condições de saúde.

§ 2º Ao Setor de Internação compete:

I – Preparar a documentação necessária a cada internação;
II – Solicitar as assinaturas dos documentos de internação;
III – Atualizar constantemente os meios de controle e organização próprios do Setor, como seja: o fichário, o kardex, impressos ou livros de internação e alta;
IV – Informar familiares ou responsáveis sobre as visitas;
V – Encaminhar os pacientes para as unidades de internação;

VI — Elaborar os relatórios e informações a serem encaminhadas aos demais setores ou Serviços;
VII — Liberar os pacientes que obtiveram alta, após satisfeitas as exigências de rotina.

§ 3º — Ao Setor de Controle de Leitos e Vagas compete:

I — Manter constantemente atualizado o painel de controle de leitos ocupados e livres, segundo as diferentes especificações;
II — Manter contatos com as unidades de internação e berçário para conferir os dados.

§ 4º — Ao Setor de Marcação de Consultas e Exames compete:

I — Controlar as vagas disponíveis para os diversos tipos de consultas e exames;
II — Estar sempre informado do quadro de médicos e demais profissionais para o atendimento;
III — Manter contato antecipado com os pacientes para assegurar presença e horário;
IV — Remanejar os horários de pacientes segundo as prioridades ou urgências;
V — Encaminhar os pacientes aos consultórios e Serviços correspondentes;
VI — Fornecer aos pacientes os cartões necessários ao controle dos horários e datas.

§ 5º — Ao Setor de Controle de Visitas compete:

I — Receber os visitantes de pacientes;
II — Conferir os cartões de visita fazendo as devidas anotações;
III — Encaminhar os visitantes;
IV — Fiscalizar e controlar os objetos de mão na entrada e saída, segundo as normas do hospital;

§ 6º – Ao Setor do Censo Diário compete:

I – Recolher a documentação referente as internações, altas, óbitos, nascimentos e transferências ocorridos a cada 24 horas;
II – Conferir os dados correspondentes;
III – Elaborar a síntese geral preenchendo o formulário adotado pelo hospital;
IV– Encaminhar à administração o resultado;
V – Arquivar cópia em pasta própria;
VI – Arquivar as fichas nos devidos lugares.

Art.5º – Ao Arquivo Compete:

I – Receber e conferir os prontuários que chegam ao arquivo, seja de pacientes saídos ou os retirados para qualquer fim;
II – Conferir e organizar o conteúdo dos prontuários;
III – Arquivar os prontuários segundo o sistema adotado pelo hospital;
IV – Retirar os prontuários devidamente solicitados;
V – Controlar a movimentação e localização dos prontuários saídos.

§ 1º – Ao Setor de Recepção e Conferência compete:

I – Recolher nas unidades de internação e consultórios os prontuários dos pacientes atendidos, ou;
II – Receber os prontuários dos pacientes saídos ou atendidos em ambulatório ou na urgência;
III – Conferir o conteúdo e ordená-lo se necessário;
IV – Registrar a entrada dos mesmos em impresso ou livro próprio;
V – Providenciar a complementação dos prontuários incompletos.

§ 2º – Ao Setor de Movimentação e Controle compete:

I – Arquivar os prontuários seguindo a ordem e sistema adotado;

II – Desarquivar os prontuários solicitados para reinternações, estudos ou informações;
III – Registar a saída dos mesmos com o devido prazo para devolução;
IV – Assegurar os devidos aspectos de sigilo;
V – Fornecer os dados necessários para laudos e estudos;
VI – Conservar e controlar o material da documentação científica.

§ 3º – Ao Setor de Microfilmagem compete:

I – Selecionar e ordenar as partes do prontuário a microfilmar;
II – Preparar o material e os aparelhos para a microfilmagem;
III – Executar a microfilmagem;
IV – Arquivar na ordem e condições pre-estabelecidas os microfilmes;
V – Manter o fichário-índice correspondente;
VI – Preencher os requisitos legais para a microfilmagem.

§ 4º – Ao Setor de Documentação Científica compete:

I – Fazer fatos, "slydes", filmes, desenhos relativos a pessoas, circunstâncias e casos que mereçam estudos especiais;
II – Reproduzir esses documentos quando necessário;
III – Colaborar com equipes especializadas e com o Corpo Clínico em geral;
IV – Colaborar na elaboração de material para congressos e publicações científicas;
V – Colaborar com a anátomopatologia na obtenção do material para lâminas;
VI – Conservar convenientemente os blocos com material de estudo;
V – Arquivar corretamente as lâminas e outros materiais úteis ao setor.

Art. 6º – À Estatística compete:

I – Levantar os dados estatísticos segundo as determinações da administração;
II – Elaborar tabelas e gráficos correspondentes;
III – Fazer a classificação e codificação de doenças, lesões, e causas de morte segundo as normas vigentes;
IV – Elaborar fichas de produtividade médica.

§ 1º – Ao Setor de Levantamento de Dados compete:

I – Analisar os prontuários para identificar os dados contidos;
II – Transferir para os formulários próprios os dados encontrados;
III – Fazer as observações julgadas oportunas;

§ 2º – Ao Setor de Tabulação e Gráficos compete:

I – Utilizar os dados levantados no estudo dos prontuários;
II – Elaborar tabelas segundo as especificações desejadas pelos solicitantes ou segundo a praxe vigente;
III – Montar os gráficos elucidativos obtidos na tabulação;
IV – Tecer os comentários que se fizerem úteis à interpretação dos mesmos;

§ 3º – Ao Setor de Classificação e Codificação compete:

I – Analisar os prontuários para identificar os diagnósticos registrados, operações e causas de morte; ;
II – Elaborar listagens específicas;
III – Atribuir os códigos correspondentes;
IV – Transcrever em fichas próprias;
V – Montar e manter sempre atualizados os fichários específicos.

Art. 7º – À Comissão de Prontuários compete:

I – Analisar o conteúdo dos prontuários verificando o índice de preenchimento dos ítens dos formulários;
II – Analisar a forma de preenchimento dos formulários;
III – Estudar a alteração e atualização dos formulários;
IV – Colaborar com a administração e o Corpo Clínico no fornecimento de informações quanto ao atendimento aos pacientes observado nos prontuários;
V – Fazer exposições ao Corpo Clínico quanto aos dados constatados;
VI – Conseguir a colaboração dos diversos profissionais da equipe de saúde para melhorar a qualidade dos prontuários;
VII – Manter o melhor relacionamento com os setores de arquivo e estatística, bem como com os diferentes serviços.

Capítulo V – Do Quadro do Pessoal e Competências

Art. 8º – O Serviço do Prontuário do Paciente terá o seguinte quadro de pessoal:

I – Chefe;
II – Encarregado de Informações;
III – Encarregado de Internação;
IV – Encarregado de controle de leitos, censo-diário e visitas;
V – Encarregado de marcação de consultas e exames;
VI – Encarregado de arquivo;
VII – Encarregado de estatística;
VIII – Encarregado de codificação e classificação;
IX – Auxiliares.

§ 1º – São atribuições do chefe do SPP:

I – Superintender e coordenar todas as atividades desenvolvidas no serviço;
II – Requisitar o material necessário ao serviço;
III – Controlar a utilização do material e equipamento;
IV – Orientar os empregados no desempenho da função;
V – Solicitar a admissão e demissão de empregados;
VI – Enviar relatórios e estatísticas à administração;
VII – Preparar a documentação e relatórios exigidos pelos órgãos públicos;
VIII – Preparar informações e atestados solicitados pela administração ou pelo Corpo Clínico;
IX – Participar das reuniões de chefia;
X – Colaborar com a Comissão de Prontuários;
XI – Atualizar-se e estimular os funcionários a fazê-lo;
XII – Analisar a utilização feita dos impressos e sugerir a racionalização dos mesmos;
XIII – Promover o bom relacionamento dos funcionários;
XIV – Promover o melhor atendimento possível ao público;
XV – Cumprir e fazer cumprir o Regimento, Normas e Rotinas estabelecidas.

§ 2º – São atribuições dos encarregados de Setores:

I – Executar as tarefas específicas do Setor, da melhor forma possível;
II – Manter em ordem o ambiente;
III – Atualizar contínuamente o kardex, painéis e fichários de uso do Setor;
IV – Orientar os auxiliares na correta execussão das tarefas;
V – Providenciar junto ao chefe todo o necessário para o setor:
VI – Aprimorar seus conhecimentos;
VII – Tratar a todos com o melhor urbanidade e respeito.

§ 3º – São atribuições dos auxiliares:

I – Executar com atenção as tarefas que lhes forem solicitadas;
II – Pedir orientação sempre que surgirem dúvidas;
III – Atender com presteza e respeito a todos;
IV – Aprimorar os conhecimentos específicos;
V – Seguir com atenção as rotinas estabelecidas.

O Regimento é uma norma, uma diretriz e não um molde fixo. Cada hospital é uma realidade.

Os Regimentos devem ser dimensionados de acordo com o caso. Um hospital-escola deverá exigir do Serviço do Prontuário do Paciente inúmeros dados e tarefas. Um hospital de grande porte ou um ambulatório com dois ou três mil atendimentos diários são situações que não podem ser comparados a um pequeno hospital de simples assistência, seja nas cidades como no interior.

Seja qual for a realidade, um mínimo de organização escrita sempre deverá existir, definindo hierarquia, atribuições e tarefas.

ANEXO 8 – REGIMENTO DO SERVIÇO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE II

Fonte: SOUNIS, Emílio. **Organização de um serviço de arquivo médico e estatística**: SAME. 2. ed. São Paulo: Ícone, 1993. 189 p.

REGIMENTO INTERNO
(projeto)

Capítulo I

Das finalidades

Art. 1º) O Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), órgão integrante do hospital, tem por finalidade o planejamento, orientação e organização das estatísticas hospitalares.

Capítulo II
Da organização

Art. 2º) O SAME, subordinado à Diretoria dos Serviços Técnicos, é constituído de três seções:

a) Seção de Registro Geral (RG)
b) Seção de Estatística Médica (EM)
c) Seção de Arquivo Central (AC)

§1º) A chefia do SAME caberá a um profissional de nível universitário, preferentemente médico, habilitado em curso de especialização.

§2º) O responsável pelo Serviço será indicado e contratado pelo Conselho de Administração do Hospital.

§3º) A Seção de Registro Geral encarregar-se-á dos setores de matrícula, internamento e informações. Uma funcionária (recepcionista) terá a responsabilidade da admissão e informações.

§4º) A Seção de Estatística Médica terá um auxiliar de estatística com as atribuições previstas no art. 6º deste Regimento.

§5º) A Seção de Arquivo Central será da responsabilidade de um funcionário com a função de arquivista, a quem caberá a guarda e conservação dos prontuários.

Art. 3º) O SAME terá sob sua guarda a documentação científica necessária às pesquisas e confecção de trabalhos científicos.

Capítulo III

Da competência

Art. 4º) À chefia do SAME compete dirigir, orientar, coordenar, fazer executar e fiscalizar as atividades afetas ao Serviço. Supervisionará a codificação de doenças e operações e procederá à análise qualitativa e à avaliação do rendimento do trabalho profissional. Promoverá a revisão dos prontuários médicos como membro nato da Comissão de Prontuários. Colaborará nos trabalhos científicos que exijam análise e controle estatístico.

Art. 5º) Ao funcionário encarregado do registro geral, compete:

a) manter em dia o livro de matrículas;
b) atender, com proficiência, o setor de informações;
c) promover o internamento dos pacientes;
d) organizar mapas diários das internações, altas, óbitos, nascimentos e transferências nos diversos serviços;
e) controlar a movimentação dos pacientes e o número de leitos vagos;
f) receber diariamente informações do Serviço de enfermagem sobre o estado de saúde dos pacientes, para informações;
g) distribuir e controlar os "cartões de visitantes";
h) executar as demais tarefas determinadas pela chefia do Serviço.

Art. 6º) Ao auxiliar da Seção de Estatística Médica, compete:

a) executar as tarefas atinentes à feitura, expedição, recebimento, encaminhamento e arquivamento de ofícios, circulares, portarias e outros papéis relacionados com a correspondência e as atividades administrativas do SAME;

b) elaborar os pedidos de material necessário;

c) guardar e distribuir o material de consumo;

d) encarregar-se dos serviços datilográficos;

e) manter em dia o livro carga do SAME;

f) proceder à coleta e apuração dos dados estatísticos;

g) tabular os dados estatísticos para a representação gráfica;

h) revisar, quantitativamente, e devolver para a necessária correção os prontuários falhos e incompletos;

i) controlar o censo diário e a média de doentes-dia;

j) manter em dia os fichários médico e nosológico;

l) executar as demais tarefas determinadas pela chefia.

Art. 7º) Ao encarregado do Arquivo Central, compete:

a) o controle e arquivamento de todos os prontuários médicos dos pacientes internados ou de ambulatório;

b) o registro de toda a movimentação dos doentes;

c) fornecer os prontuários aos médicos do Corpo Clínico para anotações, verificações, observação clínica ou pesquisa, controlando a entrada e saída;

d) preparar os prontuários que vão para o arquivo passivo;

e) executar as demais tarefas determinadas pela chefia.

Capítulo IV

Da lotação

Art. 8º) O SAME terá a lotação fixada pela Direção Geral após contratação por indicação do Conselho de Administração.

Capítulo V

Das atribuições

Art. 9º) Ao chefe do SAME, compete:

a) informar, com oportunidade, ao diretor dos Serviços Técnicos sobre os fatos ocorridos e dados técnicos necessários às medidas que visem ao aprimoramento e eficiência da Instituição;

b) prestar informações e emitir pareceres em processos e papéis que lhe forem distribuídos pela Diretoria dos Serviços Técnicos;

c) baixar instruções para melhorar o funcionamento do SAME, submetendo-as à aprovação superior;

d) prestar informações de caráter médico-legal quando, para tal, devidamente autorizado;

e) zelar pela conservação do material e equipamento sob sua responsabilidade;

f) proceder à análise e avaliação do trabalho hospitalar, propondo medidas para maior eficiência dos serviços;

g) participar da Comissão Permanente de Prontuários;

h) participar da Auditoria Médica quando a mesma funcionar;

i) apresentar, mensalmente, o Boletim Hospitalar e, anualmente, um relatório das atividades do Serviço;

j) comparecer às reuniões do Corpo Clínico (RCC) apresentando um relato das atividades de natureza estatística;

l) cumprir, fazer cumprir e fiscalizar a execução desse regimento;

m) resolver os casos omissos, ou não previstos, neste regimento.

Capítulo VI

Das substituições

Art. 10) Os funcionários do Serviço deverão estar aptos a substituir seus colegas em impedimentos eventuais (férias, licenças etc.).

Capítulo VII

Disposições gerais

Art.11) Os servidores lotados no SAME não poderão divulgar ou comentar assuntos relacionados com o serviço e que exigem sigilo.

Art.12) Os servidores do SAME não poderão fornecer prontuários médicos ou outros registros hospitalares relacionados aos pacientes sem que estejam autorizados pela chefia.

Art.13) Caberá ao Serviço o fornecimento e distribuição dos modelos para declaração de óbitos.

Art.14) Revogam-se as disposições em contrário.