

Arquivo médico e estatístico do hospital universitário: fatores arquivísticos que contribuem para a gestão da qualidade

Jhonata Medeiros Caetano¹
Eliana Maria dos Santos Bahia Jacintho²

Resumo

A investigação no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, focada na gestão da qualidade, se fez em virtude de o hospital estar desde o ano de 2014 em busca da acreditação hospitalar conforme a Organização Nacional de Acreditação (ONA). Elaborando um levantamento descritivo para identificação dos fatores arquivísticos que contribuem para gestão da qualidade do Serviço de Arquivo Médico e Estatística. Para o desenvolvimento da pesquisa, foram realizadas levantamento bibliográfico com abordagem qualitativa para a construção de uma base teórica, referente a informação na saúde pública. O resultado do estudo manifesta a compreensão dos fatores arquivísticos que contribuem para a gestão da qualidade nos arquivos médicos, relevante fonte de informação para o conhecimento e desenvolvimento científico para a área da saúde, auxiliando para futura acreditação hospitalar segundo a ONA.

Palavras-chave: Informações Arquivísticas; Arquivo Médico; Saúde Pública; Gestão da Qualidade.

Medical and statistical archive of the university hospital: archiving factors that contribute to quality management

Abstract

The research at the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina, focused on quality management, was made since the hospital was in 2014 in search of hospital accreditation according to the National Accreditation Organization (ONA). Elaborating a descriptive survey to identify the archival factors that contribute to the quality management of the Medical and Statistical Archive Service. For the development of the research, a bibliographical survey was carried out with a qualitative approach to the construction of a theoretical basis, referring to information in public health. The result of the study reveals the understanding of the archival factors that contribute to the quality management in the medical archives, a relevant source of information for the scientific knowledge and development for the health area, assisting for future hospital accreditation according to the ONA.

¹ Graduado em Arquivologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: jhon.1994@hotmail.com

² Doutora e Professora do Depto de Ciência da Informação e PGCIN, pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: Eliana.maria@ufsc.br

Keywords: Archival Information; Medical Archives; Public health; Quality management.

1. Introdução

O arquivo é o lugar de armazenamento das informações que são necessárias ao desenvolvimento das atividades das instituições, facilitando o acesso aos documentos, possibilitando assim, o controle da massa documental. Os arquivos médicos possuem dados que refletem a realidade da saúde do paciente e de sua população. Auxiliando não somente no atendimento ao paciente, como também a elaboração de levantamento epidemiológico, auxiliando o Sistema Único de Saúde – SUS no combate aos agravos epidemiológicos no país. O SUS, instituído pela Constituição Brasileira de 1988, garante direito da população o atendimento gratuito nas instituições públicas de saúde.

Somavilla (2015) descreve a criação do SUS no Brasil a partir de uma ação do Governo Federal, reconhecendo o direito do povo ao acesso à saúde pública de qualidade. Tendo como objetivo principal, garantir o direito da saúde como direito de cidadania, cabendo ao governo a responsabilidade de promover a saúde, assegurar a assistência e proteger a população contra os riscos em que se expõe.

Seguindo com Somavilla (2015), enfatiza a importância da informação para garantir os direitos e o exercício da cidadania. O acesso à informação é um direito que deve ser garantido pelo Governo. Direito este garantido pela lei 12.527 de 08 de novembro de 2011, que consiste basicamente, no direito dos cidadãos de terem acesso a informações relacionadas aos atos praticados pela Administração Pública. Os arquivos constituem-se em um centro ativo de informações e precisam estar devidamente organizados e estruturados para atingir com seu principal objetivo: o acesso à informação, fundamentando o funcionamento adequado de um sistema de gestão da qualidade.

A informação corrobora com o funcionamento do SUS, colaborando com o saber científico na área da saúde na gestão hospitalar. O Arquivo Médico é uma importante fonte de informação, seja para o bom desenvolvimento das funções e atividades desempenhadas na instituição, como também para o desenvolvimento de pesquisas, além de servir de incentivo para o ensino profissional.

A investigação no Hospital Universitário de Florianópolis, focando na gestão da qualidade, se fez em virtude de o hospital estar desde o ano de 2014 em busca da acreditação hospitalar conforme a Organização Nacional de Acreditação - ONA, na tentativa de tornar-se o primeiro hospital universitário do país a possuir acreditação. O tema surgiu a partir da análise da gestão documental do Hospital Universitário, no que fez refletir de que modo os procedimentos arquivísticos podem contribuir para a futura acreditação.

O objetivo geral da pesquisa é identificar os fatores arquivísticos que contribuem para a gestão da qualidade. Os objetivos específicos: a) Abordar o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico para a melhor compreensão do serviço; b) Identificar a importância do prontuário do paciente e c) atribuir fatores arquivísticos que contribuem para a Gestão da Qualidade, através do SAME.

2. Metodologia

Para atender aos objetivos propostos, inicialmente, foram realizados levantamentos bibliográficos por meio de pesquisa em artigos e livros acerca dos Arquivos Médicos, sendo estes referenciais teóricos norteadores do estudo. Nesse sentido, Fonseca (2002) descreve que qualquer estudo é realizado mediante a pesquisa bibliográfica, no que permite ao pesquisador aprofundar os seus conhecimentos mediante a leitura e análise de livros artigos científicos.

Por ser uma pesquisa que visa descrever um estudo, este projeto tem como caráter objetivo a pesquisa descritiva, pois, “visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis” (Menezes, 2009, p. 17), onde o pesquisador procura conhecer e interpretar a realidade. A natureza científica da pesquisa será a aplicada, pois, “objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática e dirigida à solução de problemas específicos” (Menezes, 2009, p. 16). Se caracterizando como um estudo de caso, onde “envolve estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento” (Menezes, 2009, p. 18). Diante do estudo de caso, foi possível realizar um diagnóstico da realidade, obtendo resultados que descrevem os fatores que contribuem para a qualidade dos serviços prestados pelo serviço de arquivo médico e estatístico.

3. Desenvolvimento

O principal objetivo do Arquivo Médico é a garantia de uma excelente assistência ao paciente e aos profissionais da área da saúde. Somavilla (2015, p. 108) afirma esta questão: “Pois a qualidade e a quantidade de serviços prestados dependerão da observância rigorosa das informações contidas no prontuário médico e da sua utilização pelos profissionais da área da saúde”. Os Arquivos Médicos estão embutidos no acesso à informação, visando planejar e desenvolver procedimentos desde a produção até a recuperação da informação do prontuário do paciente. Acompanhando a entrada/saída dos documentos nos sistemas, melhorando a forma de recuperá-las, facilitando tanto para o usuário final, como o profissional especializado, tais como Arquivologia, Medicina, Enfermagem e entre outros.

Segundo Somavilla (2015, p. 108-109) o Arquivo Médico é:

Arquivo especializado e tem sob a sua custódia toda a documentação gerada no atendimento a pacientes. Sendo assim cabe a ele a função de guarda e conservação dos prontuários de pacientes. Sua contribuição é imprescindível para o progresso da medicina. Os prontuários são analisados com o objetivo de verificar se estão devidamente preenchidos com clareza e exatidão nas informações.

Ou seja, possibilita a gestão documental nos arquivos médicos, administrando os prontuários dos pacientes, através da retirada e o arquivamento dos prontuários dos pacientes para o atendimento do paciente ou consulta de um profissional, mantendo sempre atualizada a documentação do prontuário e revisar

periodicamente as seções de arquivamento, para que seja possível corrigir eventuais falhas. Além de servir de apoio administrativo ao hospital e também colaborar nas pesquisas científicas e nos trabalhos de investigação. Nas instituições de saúde, a gestão do arquivo médico fica sob-responsabilidade do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME).

Bentes Pinto (2002, p. 311) afirma a importância e a riqueza que as informações no âmbito da saúde proporcionam:

Todas as informações relativas a uma pessoa doente e as ações de cuidados e tratamentos a ela dispensados, a fim de que seja possível gerenciar o curso da patologia identificando os sintomas, causas e os remédios para solucioná-los. São ricas fontes de informação e de comunicação, tanto para a equipe de saúde e os pacientes, com também para os estudos e pesquisas.

As informações em unidades de saúde, auxiliam no diagnóstico, precauções e soluções para enfermidades, além de facilitar o intercâmbio de saberes com demais profissionais da área da saúde.

O SAME trata-se de um serviço prestado a instituição hospitalar que dirige à organização, preservação e o controle dos prontuários e também na confecção de relatórios clínicos para demonstrar a qualidade do serviço prestado. Na figura a seguir, temos a visão das funções do SAME:

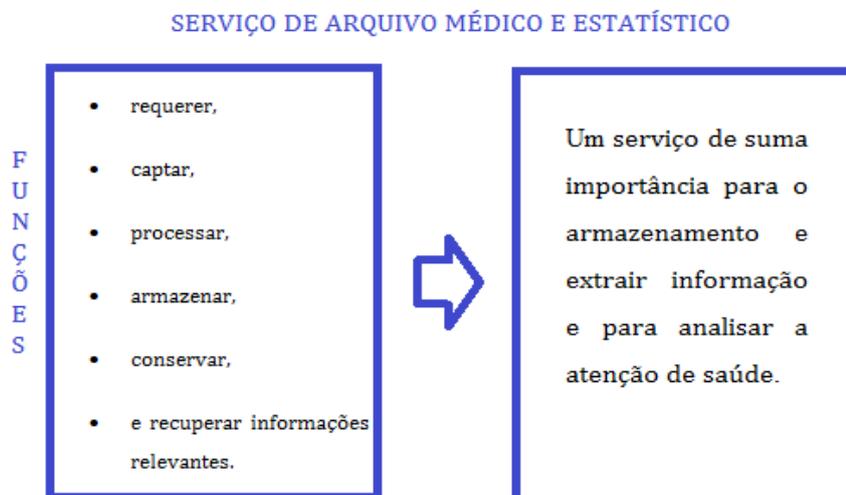


Figura 1: Funções do SAME.

Fonte: Serviço de Arquivo Médico e estatístico, 2017.

O SAME permite a retirada e o arquivamento de prontuários para seu uso no atendimento de ambulatório e/ou internação, mantendo sempre atualizada a documentação do prontuário do paciente. Revisando periodicamente as seções de arquivamento, corrigindo eventuais falhas e selecionando prontuários para uso da Comissão de Investigação Hospitalar. Colaborando nas pesquisas científicas e trabalhos de investigação, quando solicitado. Elaborando os indicadores estatísticos no âmbito técnico e de produção/produktividade, com o objetivo de

avaliar a demanda e o desempenho da unidade hospitalar.

Na qual interage com os diversos serviços pertencentes à instituição, viabilizando as atividades diárias de todas as especialidades, possibilitando a análise da situação da saúde no nível local. Para essa análise são utilizados mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária ao trabalho de planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. As informações que estão contidas no arquivo médico, são fontes importantes que podem ser utilizados na pesquisa e na avaliação de programas e serviços de saúde (Castro, 2003).

Existem no âmbito nacional, diversos subsistemas de informação em saúde (SIS) de grande relevância para a vigilância epidemiológica, como:

SINAM- Sistema de Informação de Agravos de Notificação; coletar e processar dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional. Alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, Ministério da Saúde).

SIM- Sistema de Informação sobre Mortalidades; é o produto da unificação de mais de quarenta modelos de instrumentos utilizados, ao longo dos anos, para coletar dados sobre mortalidade no país. Possui variáveis que permitem, a partir da causa mortis atestada pelo médico, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde (Ministério da Saúde, 2016).

SINASC- Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos; reuni informações relativas aos nascimentos ocorridos em todo o território nacional e o fornecimento de dados sobre natalidade para todas as instâncias do sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2001).

SAI/SUS- Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS; é um sistema do SUS que tem por objetivo transformar os dados ambulatoriais em informações relevantes para subsidiar a tomada de decisões em saúde (Ministério da Saúde, 2012)

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica; cujo objetivo centra-se em agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à Atenção Básica (AB) usando como estratégia central a Estratégia de Saúde da Família (ESF). É por meio das informações coletadas pelo software do SIAB que o Ministério da Saúde toma decisões de gestão da Atenção Básica em nível nacional. (Ministério da Saúde, 2012)

SISVAN- Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional; corresponde a um sistema de informações que tem como objetivo principal promover informação contínua sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam. Esta informação irá fornecer uma base para decisões a serem tomadas pelos responsáveis por políticas, planejamento e gerenciamento de programas relacionados com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e do

estado nutricional (Ministério da Saúde, 2016)

SI-PNI- Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização; possibilita aos gestores envolvidos no programa uma avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica (Ministério da Saúde, 2016)

SISÀGUA- Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano. Auxilia o gerenciamento de riscos à saúde associados à qualidade da água destinada ao consumo humano, como parte integrante das ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde, previstas no sistema único de saúde (Ministério da Saúde, 2014)

SIH/SUS- Sistema de Informações Hospitalares; registra todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiadas pelo SUS, e a partir deste processamento, gerar relatórios para que os gestores possam fazer os pagamentos dos estabelecimentos de saúde. Além disso, o nível Federal recebe mensalmente uma base de dados de todas as internações autorizadas (aprovadas ou não para pagamento) para que possam ser repassados às Secretarias de Saúde os valores de Produção de Média e Alta complexidade, além dos valores de CNRAC, FAEC e de Hospitais Universitários – em suas variadas formas de contrato de gestão (Ministério da Saúde, 2017).

Os SIS trazem grandes benefícios, esses permitem que trocas de informação entre médicos sejam feitas em uma enorme área geográfica; enfermeiros podem acompanhar seus pacientes a longas distâncias; a quantidade de papéis pode ser reduzida e maior tempo pode ser dedicado ao acompanhamento médico. Garantindo a qualidade das fontes de informação em saúde, armazenando, tratando e disseminando informações.

Analisado e pontuado pela acreditação, conforme a ONA (Organização Nacional de Acreditação), o Prontuário do Paciente é essencial para elucidação de questões jurídicas, éticas e da evolução do paciente. Segundo Pinto, o prontuário do paciente:

Trata-se da memória escrita da história da pessoa doente, sendo, portanto, indispensável para a comunicação intra e entre a equipe de saúde e o paciente, a continuidade, a segurança, a eficácia e a qualidade de seu tratamento, bem como da gestão das organizações de saúde. (Pinto, 2005; 2006 p.117)

Ou seja, é um instrumento legal que comprove o atendimento prestado ao paciente e possibilita uma análise acurada dos fatos ocorridos com ele. O prontuário do paciente constitui um verdadeiro dossiê que tanto serve para a análise da evolução da doença do paciente, como para fins estatísticos. O Conselho Federal de Medicina (CFM) em seu artigo 1º da resolução Nº 1.638/2002, define prontuário do paciente como: um documento único constituído por um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de

fatos, acontecimentos e situações sobre saúde do paciente a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico utilizado para possibilitar a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

O prontuário do paciente tem como objetivo, facilitar a assistência ao paciente, como também promover meios de comunicação entre os profissionais de saúde, além de assegurar a continuidade do atendimento e também de servir de suporte para a área administrativa do hospital, seja nos aspectos financeiros e legais.

Assim, o prontuário do paciente é constituído basicamente por: Identificação do Paciente; Anamnese; Plano terapêutico; Resultados (laudos) de exames; Prescrição médica; Evolução médica e da enfermagem; Termos de consentimentos; Sumário de transferência, alta ou óbito; Documentos diversos específicos.

O Conselho Federal de Medicina em suas resoluções definem os aspectos éticos e legais voltados ao sigilo dos prontuários, especificados na figura a seguir:

É VEDADO AO MÉDICO E DEMAIS PROFISSIONAIS QUE LIDAM COM PRONTUÁRIOS pelo CFM nº. 1.246/88

- Art. 102;** Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.
- Art. 108;** Facilitar o manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.

É VEDADO AO MÉDICO E DEMAIS PROFISSIONAIS QUE LIDAM COM PRONTUÁRIOS pelo CFM. nº. 1605/2000

- Art. 1º** - O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica.
- Art. 5º** - Se houver autorização expressa do paciente, tanto na solicitação como em documento diverso, o médico poderá encaminhar a ficha ou prontuário médico diretamente à autoridade requisitante.
- Art. 6º** - O médico deverá fornecer cópia da ficha ou do prontuário médico desde que solicitado pelo paciente ou requisitado pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina.

Figura 2: Legislações - CFM.
Fonte: Elaboração do autor, 2017.

O sigilo do prontuário deve ser respeitado e somente poderá ser violado mediante consentimento do paciente ou solicitação judicial. Mesmo que ocasione um enorme volume de massa documental, passado o prazo, estes documentos

podem passar a servir com instrumento de pesquisa e dados estatísticos.

O prontuário do paciente que não haja rasuras, letra legível, dados autênticos, bom estado de preservação e com controle no trâmite dos mesmos, seguindo as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, é um fator fundamental para a acreditação hospitalar.

Na atualidade, a palavra de ordem nos negócios é a qualidade, expressada freqüentemente como qualidade total ou Gestão da Qualidade. Isso se dá, devido os clientes/usuários exigirem cada vez mais qualidade dos serviços e produtos que adquirem. Um sistema de qualidade funciona com base em ferramentas estatísticas e técnicas comportamentais a fim de manipular, coletar dados nos intuito de analisar e resolver problemas. Sendo esta uma das poucas formas de atender e apurar os desejos e as reais necessidades dos clientes/usuários. A norma brasileira ABNT NBR ISO 9000, define qualidade como: “Grau no qual um conjunto de características inerentes satisfaz a requisitos”. Assim, a gestão da qualidade está focada na qualidade da produção e dos serviços das organizações.

Satisfazer as reais necessidades dos clientes/usuários é razão da existência de uma organização, que a qual deverá suprir estas necessidades através de um ótimo serviço ou produto. O principal objetivo da Gestão da Qualidade é buscar o controle e a melhoria dos processos de trabalho e produtos, afim de uma crescente satisfação de seus clientes/usuários.

A questão da qualidade em um contexto geral foi refletida e implantada desde a década de 30 nos Estados Unidos e na década de 40 no Japão e assim, subsequentemente em outros países. Mas, foi só a partir da década de 50 que surgiu a preocupação com a gestão da qualidade, trazendo uma nova filosofia gerencial (Rodrigues, 2010).

Segundo Feigenbaum (1994), o primeiro passo para o desenvolvimento da qualidade é relacionado à atividade industrial, até o fim do século XIX. No início do século XX, com o período de ascensão de um novo conceito moderno de fábrica, era visada a responsabilidade pela qualidade em relação ao trabalho, através de novas formas de administrar os serviços, como exemplo, um grupo de funcionários que exerciam mesmas funções passava a ser dirigidos por um supervisor.

Na década de 50, os Estados Unidos já lideraram o crescimento da indústria, sendo uma dos primeiros países a superar a crise de 29, atingindo nessa época, o ápice da produção de massa, necessitando assim, gerenciar grandes indústrias (Faria, 1992).

Com o término da segunda guerra mundial, fez com que os Estados Unidos passassem a ditar novos modelos de gestão, devido às grandes potências mundiais da época, como França, Alemanha, Inglaterra e Japão, terem seus parques industriais destruídos devido a guerra (Rodrigues, 2010).

O Japão que se encontrava em um completo estado de destruição após a segunda guerra mundial e preocupado com a reestruturação de sua economia, buscou aliar-se com os Estados Unidos. Este alicerce foi construído através de troca de informações entre os japoneses e os americanos, que tiveram como intermediadores Deming e Juran e mais tarde, com o fortalecimento de Feigenbaum e da União Japonesa de Cientistas e Engenheiros (Rodrigues, 2010).

A junção entre Deming, Juran e União Japonesa de Cientistas e Engenheiros no início da década de 60, fez com que fosse percebida a importância

de relacionar o fator técnico com o fator humano. E assim, unindo esses dois fatores, foram criados os grupos chamados de Círculos de Controle da Qualidade, sendo este, o início da evolução da Gestão da Qualidade (Rodrigues, 2010).

A informação tem grande influência dentro das organizações em suas relações internas e externas. Ela passa a ser um papel estratégico para a organização, auxiliando em suas atividades para que então os objetivos da organização sejam definitivamente alcançados. E a qualidade da informação está na satisfação dos seus usuários conforme as informações que foram disponibilizadas.

Desta forma, a qualidade da informação fundamenta-se conforme a informação é utilizada e avaliada pelo seu usuário. A gestão da informação tem como finalidade controlar, armazenar e recuperar agilmente as informações seja elas produzidas pela organização ou recebidas, trazendo grandes benefícios à mesma. E na era da informação em que vivemos, a concorrência externa fundamentam-se na sua capacidade de tratar e utilizar a informação de forma eficaz.

Assim, fatores como a relevância, precisão, segurança, compatibilidade, acessibilidade, autenticidade, integridade, veracidade e a confiabilidade, são essenciais para que então se possa atribuir qualidade à informação.

A gestão da qualidade em saúde originou-se nos Estados Unidos no ano de 1910, graças às iniciativas das corporações médicas da época. Com isso, foram realizadas avaliações dos serviços hospitalares, resultando na importância e na necessidade da padronização hospitalar. Já nos anos de 1950, foi fundada a Joint Commission on Accreditation of Hospitals (atualmente Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO – Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Assistência à Saúde), que ficou com a responsabilidade pelos programas de acreditação (Malik e Telles, 2001).

A gestão da qualidade em saúde no Brasil surgiu por volta dos anos 40. A Divisão de Organização Hospitalar (DOH), criada em 1941, que na qual era vinculada ao Ministério de Educação e Saúde, tinha como objetivo coordenar, cooperar ou orientar os estudos e a solução dos problemas relacionados à saúde. E foi a partir disso, que foram feitas as avaliações dos serviços hospitalares brasileiros, como também a produção de normas que regulamentam a implantação de sistemas que possam avaliar de fato a qualidade em saúde (Malik e Telles, 2001).

Mas, foi só no fim do ano de 1998 que foi lançado o primeiro Programa Brasileiro de Acreditação, que ocasionou no ano seguinte, a fundação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), órgão credenciador das instituições acreditadoras. Coube a ela a instauração de padrões e pelo monitoramento do processo de acreditação realizado pelas instituições acreditadoras, visando assegurar qualidade na saúde (Malik e Telles, 2001).

No geral, a gestão de qualidade em saúde, levou as instituições a se revolucionarem com vistas ao futuro. Na área da saúde, como no caso dos hospitais, instituições de enorme relevância social, a gestão da qualidade passa a atuar como um diferencial competitivo.

A qualidade em saúde é encarada como um conjunto de procedimentos que são essenciais para com as organizações, sendo comparada a um objeto da gerência estratégica (Malik e Telles, 2001). Conforme Castelar, Mordelet e Grabois (2003), a qualidade de um hospital é baseada no tripé: Qualidade

intrínseca (cuidados hospitalares); custo e o atendimento. Além de vários outros aspectos, como a segurança, não só para com os pacientes, como também, com os profissionais durante suas atuações, além da qualidade moral do quadro de funcionários, que na qual, poderá representar a instituição como um todo.

As instituições hospitalares têm concentrado cada vez mais seus esforços na capacitação dos seus funcionários, como também na padronização de seus processos e na automatização dos seus procedimentos administrativos, para alcançar a eficiência e eficácia na prestação de serviços. As creditações estão aí para consolidar esta perspectiva, pois com ela, a instituição garantirá uma maior credibilidade, agilidade no desempenho de seus processos.

Para que a implantação de um programa de gestão da qualidade baseado nos padrões que são exigidos pelos manuais da ONA (Organização Nacional de Acreditação), ou da JCI (Joint Commission International) seja bem sucedida, é preciso que o processo seja bem estruturado, permanente e também abrangente, para que seja possível a contemplação de todos os funcionários da instituição, desde o faxineiro ao presidente. Com isso será possível o compartilhamento dos princípios e dos objetivos a serem alcançados (ONA, 2016).

Mas acima de tudo, é necessário o desenvolvimento de um sistema de informação e documentação que seja claro e eficiente. A acreditação não contempla a avaliação isolada de um serviço ou departamento. Ambos os modelos consideram a avaliação da instituição em sua totalidade (ONA, 2016)

Uma das mais importantes entidades brasileiras ligadas à aprovação da qualidade dos serviços de saúde no Brasil é a ONA – Organização Nacional de Acreditação, a qual será enfatizada nesta pesquisa. As vantagens da acreditação pela ONA se dão pelo aprimoramento da gestão, potencializar a segurança para os pacientes e também para os profissionais atuantes na área, melhoria na qualidade do serviço prestada, além da valorização da instituição.

O processo para a acreditação conforme os critérios pré estabelecidos pela ONA, passa por duas etapas: O Diagnóstico Organizacional e a Acreditação propriamente dita. A primeira etapa é facultativa às organizações, consiste na aplicação sem fins de acreditação, pois resulta na obtenção da declaração de diagnóstico organizacional que é emitida pela ONA. A segunda etapa é obrigatória, pois consiste na aplicação das metodologias a fim de garantir a acreditação.

4. Resultados

A gestão arquivística de documentos é um conjunto de procedimento e operações técnicas que possibilitam a produção, administração, controle e manutenção dos documentos, garantindo a eficácia no arquivamento e no gerenciamento das informações.

A Gestão da Qualidade é composta de critérios que influenciam uma gestão de documentos eficaz. A gestão documental em um sistema de qualidade, principalmente, se dá ao controle do fluxo informacional, envolvendo as funções arquivísticas mais importantes, que são: Avaliação, Classificação, Descrição, Conservação e Marketing. É necessário o desenvolvimento de um sistema de informação e documentação que seja claro e eficiente. A acreditação não

contempla a avaliação isolada de um serviço ou departamento, consideram a avaliação da instituição em sua totalidade (ONA, 2016). Conforme a tabela abaixo, é possível compreender as funções e seus objetivos visando a qualidade do serviço de arquivo médico:

FUNÇÃO ARQUIVÍSTICA	CONCEITO	OBJETIVO
AVALIAÇÃO	"processo de análise de documentos de arquivo, que estabelece os prazos de guarda e a destinação, de acordo com os valores que lhes são atribuídos" (Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística, 2005, p.41)	Reduz a massa documental, agiliza a recuperação das informações, e a racionaliza a produção e o fluxo documental, definindo os prazos de guarda das documentações.
CLASSIFICAÇÃO	"Organização de documentos de arquivo ou coleção, de acordo com um plano de classificação, código de classificação ou quadro de arranjo. Plano de Classificação: Esquema de distribuição de documentos em classes, de acordo com métodos de arquivamento específico, elaborado a partir do estudo das estruturas e funções de uma instituição e da análise do arquivo por ela produzido" (ARQUIVO NACIONAL, 2005, p. 49-132).	Dar visibilidade às funções e às atividades do organismo produtor do arquivo, deixando claras as ligações entre os documentos, recuperando todo o contexto da produção.
DESCRIÇÃO	"conjunto de procedimentos que leva em conta os elementos formais e de conteúdo dos documentos para elaboração de instrumentos de pesquisa". (Arquivo Nacional, 2005, p.67)	Concretizar os principais objetivos que norteiam o arquivo: a organização e a recuperação da informação. O seu produto final são os instrumentos de pesquisa como o guia, inventário, índice e o catálogo, no intuito facilitar o acesso aos documentos de forma eficaz aos seus pesquisadores.
CONSERVAÇÃO	"Promoção da preservação e da restauração dos documentos" (Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística, 2005, p.53).	Um conjunto de ações estabilizadoras que visam desacelerar o processo de deterioração dos documentos. Constitui-se do reconhecimento e execução de tratamento em um documento, que na qual se deve considerar a sua estrutura, a sua composição física e seus aspectos estéticos e históricos, visando o prolongamento de sua vida útil.

DIFUSÃO	“fornecimento e difusão de informações através de canais formais de comunicação” (Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística, 2005, p. 71)	Relaciona-se ao acesso, disponibilização e propagação das informações. Promovendo a divulgação da instituição, das suas atividades executadas como também do seu acervo documental. A difusão é a melhor forma de agregar valor ao arquivo, atribuindo-o capacidade de inovação e liderança.
----------------	--	--

Tabela 1: Funções Arquivísticas em vista a qualidade.
Fonte: Elaboração do Autor, 2017.

Desenvolvendo estas funções, a instituição garante a qualidade de seus serviços em arquivo, assegurando integração com seus usuários, havendo a possibilidade de compreendê-los, a fim de melhorar seus serviços e auxiliando-os no uso da informação. Promovendo uma imagem positiva, garantindo o crescimento e fortalecimento. Estas atividades são a porta de entrada da instituição, garantindo o uso e à acessibilidade dos recursos que estão disponíveis no arquivo. A informação tem grande influência dentro das organizações em suas relações internas e externas. Ela passa a ser um papel estratégico para a organização, auxiliando em suas atividades para que então os objetivos da organização sejam definitivamente alcançados.

5. Considerações finais

A informação tem grande influência dentro das organizações em suas relações internas e externas. Ela passa a ser um papel estratégico para a organização, auxiliando em suas atividades para que então os objetivos da organização sejam definitivamente alcançados. A qualidade da informação fundamenta-se conforme a informação é utilizada e avaliada pelo seu usuário.

Aplicando o processo de avaliação dos prontuários, permitirá a avaliação das tipologias documentais dos prontuários da instituição e na construção dos instrumentos arquivísticos necessários para iniciar os procedimentos de organização do SAME. Zelando pelo cumprimento das normas técnicas e administrativas pertinentes a produção e uso dos prontuários, garantindo a integridade e autenticidade das informações.

Com a classificação, é possível ter uma maior visibilidade e compreender melhor a estrutura organizacional da instituição, além de garantir a fácil recuperação dos documentos, através da organização e ordenação do acervo. Sem ela, é quase impossível trabalhar com as demais atividades do arquivo como a avaliação e a descrição, que juntas formam o coração das práticas arquivísticas.

A descrição no SAME, um conjunto de procedimentos que visa descrever as informações contidas nele, será capaz de selecionar e disseminar dados que sejam pertinentes, transformando-os em informações selecionar dados pertinentes

e transformá-los em informações para aqueles que sejam responsáveis pelos serviços de saúde, alimentando o Ministério da Saúde, proporcionando uma melhor compreensão dos casos clínicos do país.

Um processo de conservação dos prontuários se faz necessário, constitua-se em uma atividade cotidiana, uma atividade que deve ser feita para evitar e diminuir a ação dos agentes agressores que atuam no sentido de deteriorar os documentos. Muito do que acontece de errado nos acervos é fruto da falta de conscientização. Uma boa saída seria estabelecer princípios específicos para a política de conservação, envolvendo todos os profissionais, sejam eles, médicos, enfermeiros, administrativos e etc, para que se possa garantir o bom estado dos prontuários e que estes possam estar disponíveis com qualidade sempre que for solicitado. Ou, na implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente, que além de facilitar o acesso e ter mais agilidade na busca, haverá melhoria de efetividade do cuidado ao mesmo, diminuindo o risco de perda das informações através da deterioração.

O marketing aproximará o arquivo com seus usuários, cativando-os, melhorando consideravelmente a sua imagem, fidelizando seus usuários, promovendo sempre a interação, para que possa servir de incentivo ao ensino profissional, através de estudos e pesquisas.

A gestão da informação tem como finalidade controlar, armazenar e recuperar agilmente as informações sejam elas produzidas pela organização ou recebidas, trazendo grandes benefícios à mesma. E no âmbito hospitalar, uma gestão que aperfeiçoe a produção, o fluxo e a conservação dos prontuários, dos agendamentos, que zele pela melhoria dos seus procedimentos, diminuindo os índices de erros profissionais e que passe a reduzir as filas de pacientes nas emergências e urgências, será condizente com as técnicas e procedimentais impostos pelas agências certificadoras.

A contribuição desta pesquisa para a área da Ciência da Informação se dá pela melhoria no processo de sistematização da informação nas áreas da saúde e o serviço de arquivo médico e estatístico. Considera-se relevante a realização de estudos dessa natureza, para que se possa atualizar o conhecimento na área da saúde diante das publicações, favorecendo a confiabilidade no acompanhamento das pesquisas e aproximarem pesquisadores da temática, fortalecendo a área da Ciência da Informação.

Referências

ARQUIVO NACIONAL (2005). *Dicionário brasileiro de terminologia arquivística*. Rio de Janeiro: Publicações Técnicas, 51.

CASTELAR, M. R.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. (2003). *Gestão Hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro*. Rennes: Imprensa Calligraphy Print.

CASTRO, R. C. F. (2003). *Comunicação Científica na Área de Saúde Pública: Perspectivas para Tomada de Decisão em Saúde baseada no Conhecimento* [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS (2005). *Classificação, temporalidade e destinação de documentos de arquivo relativos às atividades-meio da administração pública*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional.

FARIA, J. H. (1992). *Tecnologia e processo de trabalho*. Curitiba: Ed.UFPR

FEIGENBAUM, A. V. (1994). *Controle da qualidade total: Gestão e Sistemas*. Editora: Makron Books. São Paulo.

FONSECA, J. J. S. (2002). *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (2016). *ISO 15489-1:2001 ; Information and documentation – Records Management. Part 1: General*. [S.l., 2001]. Disponível em: < <http://www.iso.org/iso/home.html>>

_____ – *ISO 15489-2:2001 ; Information and documentation – Records Management. Part 2: Guidelines*. [S.l., 2001]. Disponível em: <<http://www.iso.org/iso/home.html>>

MENEZES, E. M. (2009). *Pesquisa bibliográfica*. Florianópolis: CIN/CED/UFSC.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em:
< <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio#61>>

OMS. Organização mundial da saúde. Disponível em:
< <http://www.who.int/about/es/>>

ONA. ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Disponível em:
< <https://www.ona.org.br/>> .

PINTO, V. B. (2005). “Prontuário eletrônico do paciente: o documento de comunicação do domínio da saúde”. Em: *Actas do II Congresso Luso-Brasileiro de Estudos Jornalísticos/ IV Congresso LusOGalego de estudos Jornalísticos*. Porto, P.116.

RENÉ TEIJGELER (2007). *Conservação preventiva da herança documental em climas tropicais: uma bibliografia anotada*. Lisboa: Biblioteca Nacional

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL (2002). “Resolução Nº 1.638, de 10 de julho de 2002b”. Em: *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3101>

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL (2007). “Resolução Nº 1.821, de 11 de julho de 2007b”. Em: *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1821_2007.htm>

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL (2011). *Lei Nº 12.527, de 18 de novembro de 2011b*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Constituição Federal, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/12527.htm>

RODRIGUES, M. V. (2010). *Ações para a qualidade: gestão estratégica e integrada para a melhoria dos processos na busca da qualidade e competitividade*. Rio de Janeiro: Qualitymark.

SOMAVILLA, R. (2015). *Os arquivos médicos no contexto da produção do conhecimento e exercício da cidadania*. Tese. Universidade de Salamanca.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. *Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago*. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/portal_novo/?page_id=13>