

A gestão arquivística no Hospital Universitário de Sergipe: estudo de caso a partir dos prontuários médicos²⁸

Archival management at the University Hospital of Sergipe: a case study based on medical records

Gestión de archivos en el Hospital Universitario de Sergipe: un estudio de caso basado en historias clínicas

Alessandra dos Santos Araújo²⁹

Wendia Oliveira de Andrade³⁰

Verônica dos Santos Barboza³¹

²⁸ Recebido em 15/04/2021, version approved on 16/04/2021.

²⁹ Doutorado em Ciência da Informação - UNB. Mestrado em Ciência da Informação - UNB. Especialista em Gestão de Arquivo - UFSM. Graduação em Biblioteconomia – UFPA. Docente no Departamento de Ciência da Informação (DCI/UFS). LATTES ID: <http://lattes.cnpq.br/8058407443429697>. E-mail: <alearaujo1@academico.ufs.br>. ORCID: 0000-0002-8245-4406.

³⁰ Doutorado em Ciência da Informação - UFPB. Mestrado em Ciência da Informação - UFPB. Graduação em Biblioteconomia – UFPB. LATTES ID: <http://lattes.cnpq.br/1816292355478126>. E-mail: <wendia2810@gmail.com>. ORCID: 0000-0002-1917-8218.

³¹ Graduação em Biblioteconomia e Documentação - UFS. LATTES ID: <http://lattes.cnpq.br/5470072253200582>. E-mail: <veronikabarboza@hotmail.com>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6296-6829>.

RESUMO

Aborda o tema da avaliação de prontuários de pacientes na Unidade de Arquivo de Prontuário do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe e a importância da Comissão de Avaliação de Documento nesse processo. Essas comissões são responsáveis por deliberar diretrizes para a preservação dos documentos e dos seus conjuntos documentais com valor secundário. A pesquisa é aplicada com abordagem qualitativa e descritiva, de cunho exploratório, bibliográfica, documental e de levantamento. Como resultado aponta para a importância e necessidade da criação de uma Comissão de Avaliação de Documentos no Hospital Universitário, com o objetivo de avaliar os documentos de arquivo da instituição, bem como orientar e acompanhar a adoção, aplicação e atualização dos Códigos de Classificação, atividades básicas relativos às atividades-meio da administração pública.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão documental. Arquivo Médico. Prontuário Médico. Prontuário do Paciente.

ABSTRACT

This paper addresses the issue of evaluating patient records at the Medical Record Archive Unit of the University Hospital of the Federal University of Sergipe and the importance of the Document Evaluation Committee in this process. These commissions are responsible for deliberating guidelines for the preservation of documents and their documentary sets with secondary value. The research is applied with a qualitative and descriptive approach, of an exploratory, bibliographical, documental and survey nature. As a result, it points to the importance and need for the creation of a Document Evaluation Committee at the University Hospital, with the objective of evaluating the institution's archive documents, as well as guiding and monitoring the adoption, application and updating of the Classification Codes, activities basic activities related to the middle activities of the public administration.

KEYWORDS: Document Management. Medical Archive. Medical Records. Patient Records.

RESUMEN

Aborda el tema de la evaluación de las historias clínicas de los pacientes en la Unidad de Archivo de Historias Clínicas del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Sergipe y la importancia del Comité de Evaluación de Documentos en este proceso. Estas comisiones son responsables de deliberar pautas para la preservación de documentos y sus conjuntos documentales con valor secundario. La investigación se aplica con un enfoque cualitativo y descriptivo, de carácter exploratorio, bibliográfico, documental y de encuesta. Como resultado, señala la importancia y necesidad de la creación de un Comité de Evaluación de Documentos en el Hospital Universitario, con el objetivo de evaluar los documentos de archivo de la institución, así como orientar y monitorear la adopción, aplicación y actualización de los Códigos de Clasificación, actividades básicas relacionadas con las actividades intermedias de la administración pública.

PALAVRAS CLAVE: Gestión documental. Archivo médico. Registros médicos. Historia clínica del paciente.

1 INTRODUÇÃO

O Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS) é um hospital escola, vinculado à Universidade Federal de Sergipe desde 1984, o qual presta assistência médico-hospitalar de média e alta complexidade, sendo referência no Sistema Único de Saúde (SUS). Voltado aos programas de assistência e inclusão social por meio de parcerias com órgãos públicos, desenvolve atividades de natureza preventiva e extensiva através de programas nacionais de saúde e educação oferecidos à população sergipana. Enquanto hospital-escola, o HU-UFS conta com cursos de graduação, pós-graduação e residências médica e multiprofissional.

Em 2013, foi realizada a adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), com o objetivo de ampliar sua estrutura física, pessoal, de equipamentos e a liberação de verbas, bem como, o apoio a pesquisa, a extensão e ao ensino – aprendizagem e a formação de pessoas no campo da saúde pública.

O volume de atendimento e da procura de população pelos serviços de saúde prestados ocasiona, inevitavelmente, a abertura de novos prontuários de pacientes, visto que esse tipo de documento é o repositório de todas as informações que dizem respeito à saúde do paciente, doenças, riscos, diagnósticos, prognósticos, testes e exames, condutas terapêuticas, prosseguimento de tratamento etc. O prontuário do paciente é o único documento que comprova a regular prestação de serviços de estabelecimentos de saúde e dos profissionais que desempenham suas atividades laborais nesses locais.

No HU-UFS, em especial, a Unidade de Arquivo e Prontuário – vinculada diretamente ao Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SRAS) – é o setor responsável pela coleta, guarda, transmissão, recuperação e armazenamento dos dados dos prontuários. De acordo com SILVA (2019, p. 42) “o arquivo conta com aproximadamente 1.000.000 (um milhão) de prontuários físicos em papel com acréscimo mensal de aproximadamente 300 (trezentos) prontuários de pacientes em atendimento ambulatorial. Destaca-se a palavra “aproximadamente”, pois, em virtude de ainda não existir um sistema integrado com os prontuários da internação, bem como um sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), verifica-se na base atual muitos prontuários duplicados, o qual dificulta a quantidade exata de prontuários existentes.

A Unidade de Arquivo e Prontuário é o setor do hospital que deve arquivar o prontuário médico do paciente ambulatorial com as informações de consultas, exames e

internações. Outro objetivo é servir de suporte para as pesquisas dos estudantes do HU-UFS. Suas principais atividades são a organização, arquivamento e guarda de prontuários médicos, o atendimento aos usuários internos (médicos, residentes, acadêmicos e outros funcionários de diversas áreas), no que se refere à pesquisa de prontuários médicos e dados estatísticos e o atendimento aos usuários externos (pacientes, acompanhantes e/ou responsáveis).

Andrade (2014) diz que existem duas grandes categorias de usuários de arquivos: os internos e externos. Os usuários internos são aqueles que tem relação direta com a instituição mantenedora do arquivo, podem ou não ter relação administrativa com a unidade informacional. Estes, conhecem o arquivo e sabem da sua relação para com a instituição a qual o arquivo está subordinado organicamente. Já os usuários externos, ainda conforme expõe Andrade (2014) são aqueles que não possuem vínculo administrativo com o arquivo, embora a documentação, seja em que nível for (corrente, intermediário ou permanente), pode ser de seu interesse, seja como parte dele ou como cidadão.

A Unidade de Arquivo e Prontuário tem por objetivo garantir, de forma eficiente, a produção, administração, manutenção e destinação de documentos, fazendo com que a informação esteja disponível quando e onde seja necessária ao hospital e aos cidadãos. Considera ainda como uma de suas funções a eliminação dos documentos que não tenham valor administrativo, fiscal, legal, técnico e histórico, assegurar o uso adequado das técnicas avançadas de gerenciamento da informação.

Ao longo dos anos, a Unidade foi criando características de arquivo, e como tal foram sendo criadas lacunas que geram problemas de ordem arquivística. As pessoas que trabalhavam desde o início do funcionamento do arquivo eram, em sua maioria, contratadas e/ou funcionários que ao longo do tempo, devido pouca ou nenhuma capacitação, não fizeram a organização visando os princípios arquivísticos, o que gerou e gera prontuários duplicados, incompletos, número de identificação por vezes ilegíveis nos envelopes de guarda, duplicação de numeração no momento do cadastro e, principalmente, ausência de conhecimento de como gerenciar um arquivo desse porte.

Por falta de um banco de dados adequado, voltado exclusivamente para a gestão de prontuários, os funcionários que trabalham nas recepções são responsáveis pela criação de novos envelopes onde futuramente serão armazenadas o que comporá o prontuário do paciente. Também desconhecem alguns cuidados fundamentais que deveriam ser observados no contato com o paciente de primeira vez ou recorrente, tais como: confirmar os dados pessoais (endereço e telefone), questionar se é a primeira vez do usuário no Hospital e demais dados

que futuramente poderiam ajudar a recuperar a informação de forma mais rápida e eficaz.

Após essa primeira abordagem é gerado um boletim identificado com o “número de prontuário” do paciente, dessa forma o usuário será individualizado dentro do setor de arquivo e assim será possível recuperar sua documentação. Aqui percebe-se de início a real importância de um prontuário do paciente dentro de um estabelecimento de saúde, pois nesse documento constarão todas as informações necessárias para identificação, apoio diagnóstico e/ou terapêutico do usuário.

Não é objetivo desse texto dissertar sobre a gestão da informação de forma ampliada do setor de arquivo do HU – UFS, o tema foi mais discutido no trabalho de Barboza (2018). Buscou-se aqui dar ênfase somente no tocante à gestão e avaliação documental como atividades essenciais para o Arquivo do HU – UFS.

2 METODOLOGIA

Quanto à metodologia utilizada foi a de natureza aplicada, pois para Silva e Menezes (2005, p. 20), esse tipo de pesquisa tem como objetivo “[...] gerar conhecimentos para a aplicação prática e dirigidos à solução de problemas específicos”. A sua abordagem foi qualitativa, pois não utilizou-se métodos e técnicas estatísticas. Também caracterizou-se descritiva, onde o processo e seus significados serão o foco da abordagem.

Como se trata de um estudo de caso específico, pode ser classificada ainda como exploratória, a qual exige de antemão uma revisão bibliográfica, de artigos, sites do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ) e suas resoluções voltadas à temática abordada.

3 ORIGEM DO PRONTUÁRIO NO AMBIENTE MÉDICO-HOSPITALAR

No ano de 460 a.C, Hipócrates realizou o primeiro registro sobre o acompanhamento de doenças, onde seu objetivo era agrupar informações acerca de sinais, sintomas e tratamentos utilizados em pacientes portadores de enfermidades, possibilitando assim, refletir sobre suas possíveis causas e a melhor forma de tratá-las (SILVA, 2011).

Existem várias definições de prontuário ou prontuário do paciente. Alguns autores utilizam a terminologia “prontuário” ou “prontuário médico”, ou ainda, “prontuário do paciente”. Para Mac Eachern (apud DIAS, 2009, p. 25-26), prontuário do paciente é um

conjunto de documentos relativos à história da vida do paciente e de sua doença, escrito de modo claro, conciso e acurado, sob o ponto de vista médico-social, garantida a necessária unidade estatística. Bellotto (2002, p. 81) define prontuário como

[...] documento não-diplomático informativo. Reunião cumulativa de documentos que acompanham o desempenho dos interessados na sua atuação profissional em cursos, estágios, tratamentos médicos e psicológicos, assim como em programas educativos e de lazer.

O Conselho Federal de Medicina – CFM na resolução nº 1638/2002 designa prontuário como um

[...] documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada de maneira legal, sigiloso e científico.

Para Pinto e Soares (2010, p. 17) o “[...] prontuário do paciente é considerado um documento de arquivo, uma vez que o ambiente que ele se encontra geralmente é denominado como Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME”. Assim, tentativas de sistemas de suporte à saúde são centradas e começam com o sistema de Prontuários.

O prontuário é considerado uma fonte primária por ser produzido ao longo do processo de atendimento ao paciente, e se caracteriza como um registro original. Diferente do arquivo, enquanto unidade informacional, que se enquadra como uma fonte secundária, pois é o local que guarda e organiza os prontuários para disponibilizá-los quando solicitados.

4 GESTÃO ARQUIVÍSTICA

A gestão da informação arquivística tem o intuito de assegurar a eficiência da tramitação dos documentos, garantir que as informações sejam disponibilizadas quando alguém delas necessitar, permitir a eliminação dos documentos que já perderam seu valor corrente e não possuem valor permanente, fazer uso de técnicas avançadas de processamento de dados, contribuir para a acessibilidade e preservação de documentos com valores históricos e/ou científicos.

A quantidade de informações geradas por uma instituição pública hospitalar que ainda não possui implantado o PEP e utiliza o prontuário físico, em papel, que é o caso do HU-SE, gera diariamente uma enorme massa documental. Esta necessita de avaliação periódica para liberar espaços físicos, os quais são preciosos em qualquer instituição pública.

A avaliação documental está prevista na legislação arquivística brasileira, a partir da Lei nº 8.159/1991, como uma das operações técnicas procedimentais da gestão de documentos. Na regulamentação da referida lei, consta a previsão de criação da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos (CPAD) em cada órgão da Administração Pública Federal. O Conselho Nacional de Arquivo (CONARQ) editou diversas resoluções orientadoras que tratam da avaliação. Da mesma forma, o Arquivo Nacional normatizou essa atividade por meio de instruções normativas e manuais técnicos (BRASIL, 1991).

O valor arquivístico de um documento pode estar associado à importância da informação que este contém e à administração da organização que o gerou em decorrência de suas atividades, o que Rousseau e Couture (1998) chamam de informação orgânica. Na área de saúde, mais especificamente, no dia a dia de um hospital, a informação dos prontuários pode ser utilizada em vários aspectos como: pesquisa científica, planejamento, organização, avaliação de serviços, entre outros. Sendo essencial e imprescindível ao atendimento individual de cada paciente e ao estabelecimento de políticas institucionais.

Torna-se necessário, então, a inclusão de uma política de arquivo, gestão e gerenciamento do prontuário do paciente, que tem dentre as suas funções, interagir no gerenciamento da informação clínica produzida e registrada nesse suporte, considerando-o documento legal e essencial para esta finalidade, assim como constituir a memória científica da instituição (JARDIM, 1995).

Por apresentar especificidades de um documento de arquivo, o prontuário contém informações sobre um determinado indivíduo. Para Gama (2011, p. 23), essa especificidade remonta à sua produção orgânica. Essa modalidade de documento surge naturalmente vinculada à necessidade de registro fidedigno de um procedimento funcional, ou seja, de uma atividade. Os prontuários dos pacientes no Arquivo do Hospital Universitário recebem tratamento quanto à sua organização física, sendo que as informações contidas neste são de exclusividade do paciente e do médico que o acompanha. É a instituição que detém a guarda desses documentos com o objetivo de manter o histórico de atendimento de seus pacientes, a integridade dos registros dessas informações.

Cabe ressaltar ainda que diversos profissionais da área da saúde atuam no atendimento do paciente: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, farmacêuticos, etc. Como o prontuário circula por toda essa equipe multidisciplinar, optou-se por utilizar nesse texto o termo Prontuário do Paciente e não Prontuário Médico.

No âmbito da saúde, o prontuário do paciente é o documento mais utilizado em hospitais, é considerado uma fonte de informação primária, essencial para o acompanhamento de sua saúde e doença, e estratégica para o serviço de saúde, pois gera informações de ordem administrativa, ensino, pesquisa e até mesmo questões legais (JENAL; ÉVORA, 2012).

É raro um processo ou atividade desenvolvidos em ambiente hospitalar que não gerem informações e que estas, por sua vez, não necessitem ser armazenadas e preservadas. Porém, armazenar e preservar informações e documentos, independentemente do suporte, requer estabelecimento de normas e procedimentos arquivísticos orientados por uma política documental que tenha por finalidade criar mecanismo de disciplina e controle permitindo à execução eficiente do fluxo das atividades.

A avaliação de documentos é uma das fases mais importantes, e pode ocorrer antes e/ou depois da classificação, cumpre a função de auxiliar a descartar o que não é mais de interesse para as atividades das organizações. Mas, não apenas isso, avaliar é auxiliar a atribuir valor ou mesmo a temporalidade de cada documento, com objetivo de atender às necessidades da instituição mantenedora. Nem todo documento deve ser eliminado, existem critérios a seguir, legislações, normas e a importância destes para a instituição que o gerou. Para tanto, cada instituição deve elaborar sua tabela de temporalidade documental, e assim seguir os critérios nela adotados, valendo-se dos princípios arquivísticos e da tipologia documental.

Assim sendo alguns critérios devem ser seguidos pelas instituições e nesse sentido a Resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM 1.639/2002 estabelece que:

Art. 4º - Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários médicos em suporte de papel.

Parágrafo único – Findo o prazo estabelecido no *caput*, e considerando o valor secundário dos prontuários, a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, após consulta à Comissão de Revisão de Prontuários, deverá elaborar e aplicar critérios de amostragem para a preservação definitiva dos documentos em papel que apresentem informações relevantes do ponto de vista médico-científico, histórico e social.

Art. 5º - Autorizar, no caso de emprego da microfilmagem, a eliminação do suporte de papel dos prontuários microfilmados, de acordo com os procedimentos previstos na legislação arquivística em vigor (Lei nº 5.433/68 e Decreto nº 1.799/96), após análise obrigatória da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Apesar de haver inconsistências de ordem interpretativa nesses parágrafos, visto que, em tese os documentos identificados como de valor secundário são destinados à guarda permanente, sendo que o termo “permanente” inviabiliza a eliminação dos originais dos prontuários em papel, mesmo após a microfilmagem. Porém, este artigo não busca solucionar

essas questões, intenta-se apenas em apresentar um caso específico de uma intervenção no ciclo de vida do documento: os Prontuários.

No caso dos prontuários médicos, a resolução CONARQ nº 22/2005 é a que estabelece critérios e prazos como tempo de guarda e forma de destinação desse tipo de documento. É importante seguir essas regras, pois o prontuário além de servir como fonte de informação médica, serve também como um dispositivo jurídico importante para futuras questões legais que possam resguardar o paciente e a instituição que mantém sua guarda.

4.1 Avaliação dos prontuários no Hospital Universitário

Avaliar é uma etapa fundamental na gestão de documentos independente de sua instituição. É neste momento em que se define a eliminação ou guarda temporária ou permanente de documentos em um arquivo. Analisa quais documentos poderão ser eliminados ou destinados à guarda permanente em fundamento com o valor que apresentam, sendo assim, essencial para o ciclo vital dos documentos.

Segundo o Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística (2004, p. 41): “Avaliação é um processo de análise de documentos de arquivo, que estabelece os prazos de guarda e a destinação, de acordo com os valores que lhe são atribuídos”. Esta atividade está regulamentada pela Lei Nº 8.159, que diz: “[...] a eliminação de documentos produzidos por instituições públicas e de caráter público será realizada mediante autorização de instituição arquivística pública, na esfera de competência” (BRASIL, 1991).

Na fase corrente, o prontuário corresponde à utilização constante, sendo manuseado e consultado mediante o desenvolvimento das atividades necessárias para o funcionamento da instituição de saúde, como por exemplo: analisar o acompanhamento atribuído ao paciente e, assim, dar continuidade ao seu tratamento. O prontuário em sua fase intermediária é utilizado com menos frequência, porém, ainda sendo de interesse da administração. São prontuários cujo prazo de vigência já terminou, aguardando, dessa forma, sua destinação final. Com relação à fase permanente, são prontuários sem valor administrativo, porém, devem ser preservados devido ao seu valor histórico, científico e cultural (CIOCCA, 2014).

Nas instituições de saúde, os valores dos documentos que compõem os prontuários médicos estão associados aos seus conteúdos, e estes têm o respaldo sobre questões livres daquelas para as quais foram criados. Esses registros são valiosos dossiês que podem ser utilizados para a avaliação dos serviços prestados pelas instituições de saúde (FRANÇA, 2014).

O procedimento da avaliação faz com que se mantenha um programa de gestão documental mais eficiente e eficaz, capaz de racionalizar o armazenamento e eliminação de documentos. Sendo assim, esse método deve ser uma constante nos arquivos onde a demanda e o volume de informações aumentam diariamente.

Apesar de algumas tentativas de legislar sobre essa demanda desse tipo de documento, algumas instituições possuem normas próprias, a saber: Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Conselho Nacional de Nutrição (CFN) e Conselho Federal de Psicologia (CFP). Todos esses conselhos, em suas resoluções, procuram dar orientações de como proceder com o prontuário do paciente. Porém, para fins de se alcançar o objetivo desse trabalho, analisou-se apenas a Resolução n° 22/2005 do CFM³².

O CFM junto ao CONARQ, realizou um trabalho que resultou na Resolução n° 22/2005 a qual estabelece no seu artigo 3° as competências da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos (CPADE):

- a) analisar os conjuntos documentais, determinando os respectivos prazos de guarda e destinação;
- b) identificar os valores primário e secundário, segundo o seu potencial de uso; considerando por valor primário o uso administrativo para a instituição, razão primeira da criação do documento, e valor secundário o uso para outros fins que não aqueles para os quais os documentos foram criados, podendo ser probatório e informativo;
- c) estabelecer critérios para análise e avaliação dos documentos e sua destinação final, considerando os requisitos previstos no art. 2° desta resolução;
- d) elaborar Tabela de Temporalidade e Destinação de Documentos, Listagem de Eliminação de Documentos, Edital de Ciência de Eliminação e Termo de Eliminação de Documentos, quando for o caso, e relatório final da Comissão;
- e) revisar, periodicamente, a Tabela de Temporalidade e Destinação de Documentos, em função da produção ou supressão de novos documentos, e da evolução da legislação e dos procedimentos médicos.

Para Bernardes (1998, p. 14), o grande problema constatado durante o processo de avaliação documental, além da grande massa acumulada no serviço público, é o critério de arquivamento em ordem numérica, que é o caso dos prontuários dos pacientes do HU - UFS. A avaliação de documentos arquivados em sequência numérica implica basicamente a análise de documento por documento, o que é bastante trabalhoso em face da massa documental

³² As instituições de saúde têm como indicadores as resoluções dos conselhos citados, não possuindo uma norma geral ou legislação pertinente. Em se tratando de avaliação documental segue-se a Resolução n° 22/2005 do CFM, a qual em resumo não contempla a parte arquivística do documento.

acumulada ao longo do tempo. Porém, no caso do acervo do HU - UFS o uso dos números é considerado o que melhor representa e individualiza o documento.

Devido ao pouco espaço físico que todas as instituições sofrem em decorrência do volume de massa documental originada por estas, faz-se necessário realizar uma investigação e analisar o ciclo de vida documental para destinar àqueles em que os pacientes não comparecem ao ambulatório no período de entre 10 e 20 anos. Em virtude do aumento exponencial dos prontuários, essa atividade requer critérios pré-estabelecidos com o cuidado de retirar do acervo apenas documentos não mais utilizados no período acima citado.

Até o momento da finalização desse artigo o Hospital Universitário ainda não constituiu sua CPAD, que teria o propósito de orientar e realizar a análise, avaliação e seleção dos documentos para a definição de guarda permanente e eliminação dos considerados fora dos critérios estabelecidos pela respectiva comissão. Assim, a avaliação se restringiu apenas em retirar do arquivo corrente e enviar ao arquivo intermediário, não chegando no processo de eliminação propriamente dito, pois precisaria ainda cumprir seu prazo precaucional, ou seja, durante esse período os prontuários serão retirados do acervo e preservados com o objetivo de responder às obrigações administrativas.

A primeira retirada dos prontuários do acervo foi efetuada somente no ano de 2013 por um bolsista do curso de Letras contratado pela UFS para realizar exclusivamente essa atividade. O critério era retirar do acervo prontuários de paciente com mais de 20 anos sem retorno ao Ambulatório para consultas.

Posteriormente eram acondicionadas em caixas de papelão e separados para em seguida serem enviados à Fundação de Pesquisa e Extensão de Sergipe (FAPES), outros encontram-se em espaços não adequados nas dependências do próprio HU - UFS (BARBOZA, 2018).

Não se sabe o quantitativo retirado do acervo nessa primeira avaliação, não foi realizado um relatório técnico ou diagnóstico com a justificativa da retirada de cada prontuário, o que dificulta sua reinserção para o acervo, se assim for necessário. Posteriormente, o ideal é que seja feita a ordenação dos prontuários, armazenados em caixas identificadas, sinalizadas no Sistema de Controle de Prontuários (SCP) e enviados para uma sala de guarda. Visto que, eles se encontram em condições precárias de manuseio, empoeirados, degradados e fixados por cliques e grampos dificultando assim a integridade tanto do suporte quanto da informação nele contida.

Alguns envelopes estão apenas com o número do prontuário e o nome do paciente

na capa, a ficha de identificação do paciente encontra-se na maioria das vezes incompleta. As fichas de evolução do paciente estão sem informações mínimas de acesso que possam caracterizar um prontuário e/ou que sirva como fonte de pesquisa para estudantes, professores, médicos e todos que acessam essa documentação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fazer uma avaliação documental com o objetivo de retirar o documento de um acervo não deve ser olhado apenas com uma visão pragmática. Vários elementos devem ser levados em consideração, visto que, os prontuários físicos não devem ser considerados um problema para uma instituição de ensino por ocupar espaços já tão escassos. Antes de tudo, faz-se necessário criar políticas informacionais específicas para a produção, disponibilização, avaliação, descarte e eliminação dessa tipologia documental.

Avaliar documentos deve ter como objetivos reduzir a massa documental, agilizar na recuperação dos documentos e das informações, aumentar a eficiência administrativa, melhorar a conservação dos documentos, racionalizar a produção e o fluxo de documentos, liberar espaço físico e, conseqüentemente, melhorar o acesso de alunos, professores e demais pesquisadores ao acervo.

Com esse relato de experiência, intenta-se apresentar diretrizes para futuras discussões com os responsáveis pela gestão do Hospital Universitário, sendo que não pretende disciplinar o acesso, guarda, classificação, avaliação, conservação e manuseio dos prontuários que encontram-se no arquivo do ambulatório, e sim tão somente, apontar questões consideradas de grande valia em uma gestão documental voltada para a área da saúde. Além de verificar se as normas legais são cumpridas com o objetivo de resguardar a instituição de futuras auditorias, sejam elas internas e/ou externas, bem como buscar alcançar a qualidade na prestação de serviços, sendo que essa fase caracterizou-se metodologicamente pela observação direta e participativa, procurando verificar possíveis falhas e apontar melhorias.

Uma gestão da informação de prontuários é uma questão fundamental na discussão enquanto sistema de informação em um ambiente hospitalar. O cenário apresentado indica claramente que é imperiosa a utilização das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) para a resolução de parte dos problemas existentes como a implantação do PEP. Tal solução não elimina o problema, mas minimiza com a diminuição do suporte em papel, o que em certa medida diminuiria a questão do espaço físico. Sendo esse, contudo apenas um dos elementos

necessários à gestão arquivística considerada ideal tanto para os prontuários – considerando sua tipologia – quanto para a instituição mantenedora do Arquivo, o HU - UFS. A formação de uma equipe multidisciplinar se faz essencial para criação e implementação da CPAD, assim como a utilização de projetos de extensão voltados especificamente ao fundo documental em questão.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, W. O. **Usuários da informação jurídica: quem são e como funciona o fluxo informacional no Arquivo da Justiça Federal da Paraíba (JFPB)**. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Universidade Federal da Paraíba, 2014.
- ARQUIVO NACIONAL. (Brasil). **Dicionário brasileiro de terminologia arquivística**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2005.
- BARBOZA, V. dos S. **A gestão documental na tramitação do prontuário do paciente na unidade de prontuário e estatística: observação e análise do arquivo médico do hospital universitário de Sergipe HU/UFS**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Biblioteconomia e Documentação) - Universidade Federal de Sergipe, Departamento de Ciência da Informação, 2018.
- BERNARDES, I. P. **Como avaliar documentos de arquivo**. São Paulo: Arquivo do Estado, 1998.
- BELLOTTTO, H. L. **Arquivística: objeto, princípios e rumos**. São Paulo: Associação dos Arquivistas de São Paulo, 2002.
- BRASIL. **Lei Federal nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991**. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [1991]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8159.htm. Access on: 2 jun. 2020.
- BRASIL. **Lei Federal nº 12. 527, de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm. Acesso em: 13 jul. 2020.
- CIOCCA, I. G. **O prontuário do paciente na perspectiva arquivística**. 2014. 100 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília, 2014. Available in: <http://hdl.handle.net/11449/113864>. Access on: 12 jul. 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 1638, de 10 de julho de 2002. Diário Oficial União, nº 153, secção 1, 9/8/02. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 2002.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL. **Prontuário médico do paciente: guia para uso prático**. Brasília: Conselho Regional de Medicina, 2006. Disponível em: <https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1370271458PEP.pdf>. Access on: 12 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1821/2007**. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. [Brasília, DF]: CFM, 2007. Disponível em: <http://www.diariodasleis.com.br/busca/exibmlink.php?numlink=1-178-34-2007-07-11-1821>. Access on: 20 ago. 2020.

CONARQ. **Resolução nº 22 de 30 de junho de 2005**. Dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde. Disponível em: <http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=73&sid=46>. Access on: 20 ago. 2020.

DIAS, S. L. G. **Manuseio e processo de degradação documental**. 2009. Monografia (Especialização de Gestão em Arquivos) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Rio Grande do Sul, 2009.

FRANÇA, G. V. **Fundamentos de Medicina Legal**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

GAMA, F. A. **As contribuições das linguagens de marcação para a gestão da informação arquivística digital**. 2011. 158 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciência, 2011.

INDOLFO, A. C. *et al.* Noções de arquivologia. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1993. JARDIM, J. M. A invenção da memória nos arquivos públicos. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 1-13, 1995.

JENAL, S.; ÉVORA, Y. D. M. Revisão de literatura: implantação de prontuário eletrônico do paciente. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 176-181, 2012.

MASSAD, E.; MARIN, H.F.; AZEVEDO, R. S. de N. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: USP, 2003.

PINTO, V. B.; SOARES, M. E. (org.). **Informação para a Área de Saúde: prontuário do paciente, ontologia de imagem, terminologia, legislação e gerenciamento eletrônico de documentos**. Fortaleza: Edições UFC, 2010.

ROUSSEAU, Jean-Yves; COUTURE, C. **Os fundamentos da disciplina arquivística**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1998.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2005.

SILVA, E. C. da. **Arquivo médico do Hospital Universitário Lauro Wanderley**: fonte de informação para pesquisas científicas. 2011. João Pessoa, 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Arquivologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Curso de Arquivologia, Departamento de Ciência da informação, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, João Pessoa, 2011.

SILVA, J. B. **Comportamento do usuário na busca por informação em prontuários médico**: estudo de caso dos acadêmicos da área da saúde do Hospital Universitário de Sergipe - HU. São Cristóvão, SE, 2019. Monografia (Graduação em Biblioteconomia e Documentação) – Universidade Federal de Sergipe, Curso de Biblioteconomia e Documentação, Departamento de Ciência da Informação, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, São Cristóvão, 2019.

STUMPF, M. K.; FREITAS, H. M. R. de. A gestão da informação em um hospital universitário: o processo de definição do Patient Core Record. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 1, n. 1, p. 71-99, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rac/a/6jKfxVWdT3FC3DTFvGWNsmy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 jul. 2020.

VERSÃO INTEGRAL EM LÍNGUA INGLESA**Archival management at the University Hospital of Sergipe: a case study
based on medical records³³***Alessandra dos Santos Araújo³⁴**Wendia Oliveira de Andrade³⁵**Verônica dos Santos Barboza³⁶***1 INTRODUCTION**

The The University Hospital of the Federal University of Sergipe (HU-UFS) is a teaching hospital, linked to the Federal University of Sergipe since 1984 and provides medium and high complexity medical and hospital care, being a reference in the Brazilian Unified Health System (SUS). Aimed at social assistance and inclusion programs through partnerships with public bodies, it develops preventive and extensive activities through national health and education programs offered to the Sergipe population. As a teaching hospital, the HU-UFS has undergraduate, graduate, and medical and multiprofessional residency courses.

In 2013, the Company joined the Brazilian Hospital Services Company (EBSERH) with the aim of expanding its physical structure, personnel, equipment, and the release of funds, as well as supporting research, extension, and teaching - learning and training people in the field of public health.

The volume of care and demand of the population for the health services provided inevitably leads to the opening of new patient records, as this type of document is the repository of all information regarding the patient's health, diseases, risks, diagnoses, prognoses, tests and exams, therapeutic approaches, continuation of treatment, etc. The patient's medical record is the only document that proves the regular provision of services by health establishments and professionals who perform their work activities in these places.

At the HU-UFS, in particular, the Archive and Medical Records Unit – directly linked to the Health Regulation and Assessment Sector (SRAS) – is the sector responsible for

³³ Received on 04/15/2021, version approved on 04/16/2021.

³⁴ LATTES ID: <http://lattes.cnpq.br/8058407443429697>. E-mail: <alearaujo1@academico.ufs.br>. ORCID: 0000-0002-8245-4406.

³⁵ LATTES ID: <http://lattes.cnpq.br/1816292355478126>. E-mail: <>wendia2810@gmail.com>. ORCID: 0000-0002-1917-8218.

³⁶ LATTES ID: <http://lattes.cnpq.br/5470072253200582>. E-mail: <veronikabarboza@hotmail.com>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6296-6829>.

collecting, storing, transmitting, retrieving, and storing data from medical records. According to SILVA (2019, p. 42) "the file has approximately 1,000,000 (one million) physical records on paper with a monthly increase of approximately 300 (three hundred) records of patients in outpatient care. The word "approximately" is highlighted because, as there is not yet an integrated system with hospital records, as well as an Electronic Patient Record (EHR) system, there are many duplicate records in the current database, the which hinders the exact number of existing records.

The File and Medical Record Unit is the sector of the hospital that must file the medical record of the outpatient patient with information on appointments, exams, and hospitalizations. Another objective is to support research by students at the HU-UFS. Its main activities are the organization, archiving and keeping of medical records, service to internal users (doctors, residents, academics, and other employees from various areas), with regard to the research of medical records and statistical data, and service to external users (patients, caregivers and/ or responsible).

Andrade (2014) says that there are two main categories of file users: internal and external. Internal users are those who have a direct relationship with the institution that maintains the file and may or may not have an administrative relationship with the informational unit. These people know the archive and know of its relationship with the institution to which the archive is organically subordinated. External users, on the other hand, as Andrade (2014) exposes, are those who do not have an administrative link with the file, although the documentation, at any level (current, intermediate, or permanent), may be of interest to them, either as part of it. or as a citizen.

The Archives and Medical Records Unit aims to efficiently ensure the production, administration, maintenance, and destination of documents, making information available whenever and wherever it is needed by the hospital and citizens. It also considers as one of its functions the elimination of documents that do not have administrative, fiscal, legal, technical, and historical value, to ensure the proper use of advanced information management techniques.

Over the years, the Unit has created archival characteristics, and as such gaps have been created that generate archival problems. The people who worked since the beginning of the operation of the archive were, for the most part, contractors and/or employees who over time, due to little or no training, did not organize the organization based on archival principles, which generated and generates duplicated records , incomplete, sometimes ineligible identification number on the storage envelopes, duplication of numbers at the time of

registration and, above all, lack of knowledge of how to manage a file of this size.

Due to the lack of an adequate database, dedicated exclusively to the management of medical records, the employees who work in receptions are responsible for creating new envelopes where, in the future, they will be stored, which will make up the patient's medical record. They are also unaware of some fundamental precautions that should be observed when contacting the patient for the first time or recurrent, such as: confirming personal data (address and telephone number), asking if it is the user's first time at the Hospital and other data that could help in the future to retrieve information more quickly and efficiently.

After this first approach, a bulletin identified with the patient's "record number" is generated, in this way the user will be individualized within the file sector and thus it will be possible to retrieve their documentation. Here, the real importance of a patient's medical record within a health facility can be seen at first, as this document will contain all the necessary information for identification, diagnostic and/or therapeutic support for the user.

It is not the purpose of this text to discuss information management in a broader way in the archive sector of the HU – UFS, the theme was more discussed in the work of Barboza (2018). We sought to emphasize here only with regard to document management and evaluation as essential activities for the HU-UFS Archive.

2 METHODOLOGIES

As for the methodology used, it was of an applied nature, as for Silva and Menezes (2005, p. 20), this type of research aims to "[...] generate knowledge for practical application and aimed at solving specific problems". Its approach was qualitative, as statistical methods and techniques were not used. It was also characterized as descriptive, where the process and its meanings will be the focus of the approach.

As this is a specific case study, it can also be classified as exploratory, which requires a prior bibliographic review of articles, websites of the Federal Council of Medicine - CFM and National Council of Archives (CONARQ) and its resolutions focused on the theme addressed.

3 ORIGINS OF THE MEDICAL-HOSPITAL ENVIRONMENT

In 460 BC, Hippocrates made the first record on the monitoring of illnesses, where his objective was to gather information about signs, symptoms and treatments used in patients with illnesses, thus enabling them to reflect on their possible causes and the best way to treat them (SILVA, 2011).

There are several definitions of medical record or patient record. Some authors use the terminology “medical record” or “medical record”, or even “patient record”. For Mac Eachern (apud DIAS, 2009, p. 25-26), the patient's medical record is a set of documents related to the history of the patient's life and his illness, written by in a clear, concise, and accurate manner, from the medical-social point of view, guaranteeing the necessary statistical unity. Bellotto (2002, p. 81) defines medical records as

[...] non-diplomatic informative document. Cumulative gathering of documents that accompany the performance of those interested in their professional performance in courses, internships, medical and psychological treatments, as well as in educational and leisure programs.

The Federal Council of Medicine - CFM in resolution 1638/2002 designates the medical record as a

[...] single document consisting of a set of information, signs and images recorded, generated from facts, events and situations about the patient's health and the assistance provided to him in a legal, confidential, and scientific manner.

For Pinto and Soares (2010, p. 17) the “[...] patient's medical record is considered an archival document, since the environment they are in is usually called the Medical and Statistical Archive Service – SAME”. Thus, attempts at health support systems are centered and start with the medical records system.

The medical record is considered a primary source because it is produced throughout the patient care process and is characterized as an original record. Unlike the archive, as an informational unit, which fits as a secondary source, as it is the place that stores and organizes the medical records to make them available when requested.

4 ARCHIVISTIC MANAGEMENT

The management of archival information aims to ensure the efficiency of the

processing of documents, ensure that the information is made available when someone needs it, allow the elimination of documents that have already lost their current value and do not have permanent value, make use of advanced techniques of data processing, contribute to the accessibility and preservation of documents with historical and/or scientific values.

The amount of information generated by a public hospital institution that has not yet implemented the Electronic Patient Record - PEP and uses the physical, paper record, which is the case of the University Hospital of Sergipe - HU/SE, generates a huge mass daily documentary. This requires periodic evaluation to free up physical spaces, which are precious in any public institution.

Document evaluation is provided for in Brazilian archival legislation, from Law No. 8,159/1991, as one of the procedural technical operations of document management. The regulation of the aforementioned law provides for the creation of the Permanent Commission for the Evaluation of Documents (CPAD) in each agency of the Federal Public Administration. The National Council of Archives (CONARQ) has issued several guiding resolutions dealing with evaluation. Likewise, the National Archives regulated this activity through normative instructions and technical manuals (BRASIL, 1991).

The archival value of a document may be associated with the importance of the information it contains and the administration of the organization that generated it as a result of its activities, which Rousseau and Couture (1998) call organic information. In the health area, more specifically, in the daily routine of a hospital, information from medical records can be used in various aspects such as: scientific research, planning, organization, evaluation of services, among others. It is essential and essential to the individual care of each patient and the establishment of institutional policies.

It is therefore necessary to include a policy for filing, managing, and managing the patient's record, which has among its functions to interact in the management of the clinical information produced and recorded in this support, considering it to be a legal and essential document for this purpose, as well as to constitute the scientific memory of the institution (JARDIM, 1995).

By presenting specifics of a file document, the medical record contains information about a specific individual. For Gama (2011, p. 23), this specificity goes back to its organic production. This type of document arises naturally linked to the need for a reliable record of a functional procedure, that is, an activity. The medical records of patients in the University Hospital Archive receive treatment as to their physical organization, and the information

contained therein is exclusive to the patient and the accompanying physician. It is the institution that holds the custody of these documents in order to maintain the care history of its patients, the integrity of the records of this information.

It is also worth noting that several health professionals work in patient care: doctors, nurses, social workers, psychologists, occupational therapists, nutritionists, pharmacists, etc. As the medical record circulates throughout this multidisciplinary team, it was decided to use in this text the term Patient Record and not Medical Record.

In the field of health, the patient's medical record is the most used document in hospitals, it is considered a primary source of information, essential for monitoring their health and disease, and strategic for the health service, as it generates administrative information, teaching, research, and even legal issues (JENAL; ÉVORA, 2012).

It is rare for a process or activity developed in a hospital environment that does not generate information and that, in turn, does not need to be stored and preserved. However, storing and preserving information and documents, regardless of the support, requires the establishment of archival standards and procedures guided by a document policy that aims to create a discipline and control mechanism allowing the efficient execution of the flow of activities.

Document evaluation is one of the most important phases, and it can occur before and/or after classification, fulfilling the function of helping to discard what is no longer of interest to the organizations' activities. But, not only that, evaluating is helping to assign value or even the temporality of each document, in order to meet the needs of the sponsoring institution. Not every document must be eliminated, there are criteria to be followed, legislation, norms and the importance of these for the institution that generated it. For this purpose, each institution must prepare its documental temporality table, and thus follow the criteria adopted in it, making use of archival principles and documental typology.

Therefore, some criteria must be followed by institutions and in this sense, the Resolution of the Federal Council of Medicine - CFM 1639/2002 establishes that:

Art. 4 - Establish a minimum period of 20 (twenty) years, as of the last registration, for the preservation of medical records on paper.

Sole paragraph - After the deadline established in the caput, and considering the secondary value of the medical records, the Permanent Document Evaluation Committee, after consulting the Medical Record Review Committee, shall prepare and apply sampling criteria for the definitive preservation of paper documents that present relevant information from a medical-scientific, historical and social point of view.

Art. 5 - Authorize, in case of use of microfilming, the elimination of the paper support of microfilmed records, in accordance with the procedures provided

for in the archival legislation in force (Law nº 5.433/68 and Decree nº 1.799/96), after analysis mandatory of the Permanent Document Evaluation Committee of the medical-hospital unit generating the file.

Although there are interpretative inconsistencies in these paragraphs, since, in theory, the documents identified as having secondary value are intended for permanent custody, and the term "permanent" makes it impossible to eliminate the original paper records, even after microfilming. However, this article does not search solving these issues, the intention is only to present a specific case of an intervention in the document's life cycle: the Medical Records.

In the case of medical records, the CONARQ resolution nº 22/2005 is the one that establishes criteria and deadlines such as storage time and form of destination of this type of document. It is important to follow these rules, as the medical record, in addition to serving as a source of medical information, also serves as an important legal device for future legal issues that can protect the patient and the institution that maintains its custody.

4.1 Evaluation of medical records at the University Hospital

Assessing is a key step in your institution's independent document management. It is at this point that the elimination or temporary or permanent storage of documents in an archive is defined. It analyzes which documents can be eliminated or destined for permanent custody based on the value they present, thus being essential for the documents' life cycle.

According to the Brazilian Dictionary of Archival Terminology (2004, p. 41): "Assessment is a process of analyzing archival documents, which establishes the terms of custody and destination, according to the values assigned to it". This activity is regulated by Law No. 8,159, which states: "[...] the elimination of documents produced by public institutions and of a public character will be carried out by means of authorization from a public archival institution, in the sphere of competence" (BRASIL, 1991).

In the current phase, the medical record corresponds to constant use, being handled, and consulted through the development of activities necessary for the functioning of the health institution, such as: analyzing the follow-up given to the patient and, thus, continuing their treatment. The medical record in its intermediate phase is used less frequently, however, it is still of interest to the administration. These are medical records whose validity period has already expired, thus awaiting their final destination. Regarding the permanent phase, these are medical records without administrative value, however, they must be preserved due to their

historical, scientific, and cultural value (CIOCCA, 2014).

In health institutions, the values of the documents that make up medical records are associated with their contents, and these are supported by questions free from those for which they were created. These records are valuable dossiers that can be used to assess the services provided by health institutions (FRANÇA, 2014).

The evaluation procedure ensures that a more efficient and effective document management program is maintained, capable of rationalizing the storage and disposal of documents. Therefore, this method must be a constant in files where the demand and volume of information increase daily.

Despite some attempts to legislate on this demand for this type of document, some institutions have their own rules, namely: Federal Council of Medicine (CFM), National Council of Archives (CONARQ), Federal Council of Nursing (COFEN), National Council of Nutrition (CFN) and Federal Council of Psychology (CFP). All these advice, in their resolutions, seek to provide guidance on how to proceed with the patient's medical record. However, in order to achieve the objective of this work, only CFM Resolution 22/2005 was analyzed.

The CFM together with CONARQ, carried out a work that resulted in Resolution 22/2005, which establishes in its article 3 the competences of the Permanent Committee for Document Evaluation (CPADE):

- a) analyze the document sets, determining the respective terms of custody and destination;
- b) identify the primary and secondary values, according to their potential for use; considering as primary value the administrative use for the institution, the primary reason for creating the document, and secondary value the use for purposes other than those for which the documents were created, which may be evidential and informative;
- c) establish criteria for the analysis and evaluation of documents and their final destination, considering the requirements set out in art. 2 of this resolution;
- d) prepare a Document Temporality and Destination Table, Document Elimination List, Elimination Notice and Document Elimination Term, when applicable, and the Commission's final report;
- e) periodically revise the Document Temporality and Destination Table, depending on the production or suppression of new documents, and the evolution of legislation and medical procedures.

For Bernardes (1998, p. 14), the major problem found during the document evaluation process, in addition to the great mass accumulated in the public service, is the filing criterion in numerical order, which is the case of the medical records of patients at the HU - UFS. The evaluation of documents filed in numerical sequence basically implies the analysis

of document by document, which is quite laborious given the mass of documents accumulated over time. However, in the case of the HU - UFS collection, the use of numbers is considered what best represents and individualizes the document.

Due to the limited physical space that all institutions suffer as a result of the volume of documental mass originated by them, it is necessary to carry out an investigation and analyze the documental life cycle to allocate those in which patients do not attend the clinic in the period between 10 and 20 years. Due to the exponential increase in medical records, this activity requires pre-established criteria, taking care to remove from the collection only documents that were no longer used in the aforementioned period.

By the time this article was finalized, the University Hospital had not yet constituted its CPAD, which would have the purpose of guiding and carrying out the analysis, evaluation, and selection of documents for the definition of permanent custody and elimination of those considered outside the criteria established by the respective commission. Thus, the evaluation was restricted only to removing from the current file and sending it to the intermediate file, not reaching the elimination process itself, as it would still need to meet its precautionary deadline, that is, during this period the records will be removed from the collection and preserved with the objective of responding to administrative obligations.

The first removal of medical records from the collection was carried out only in the year 2013 by a scholarship holder from the Literature course hired by UFS to carry out this activity exclusively. The criterion was to remove from the collection the records of patients over 20 years old without returning to the Clinic for consultations.

They were later packed in cardboard boxes and separated to then be sent to the Research and Extension Foundation of Sergipe (FAPESE), others are found in unsuitable spaces on the premises of the University Hospital itself (BARBOZA, 2018).

The amount removed from the collection in this first evaluation is not known, a technical or diagnostic report was not carried out with the justification for the removal of each medical record, which makes it difficult to reinsert them into the collection, if necessary. Afterwards, the ideal is that the ordering of the medical records is carried out, stored in identified boxes, marked in the Medical Record Control System - SCP and sent to a guard room. Since, they are in precarious conditions of handling, dusty, degraded and fixed by clips and staples, thus hindering the integrity of both the support and the information contained therein.

Some envelopes have only the medical record number and the patient's name on the cover, the patient identification form is mostly incomplete. The patient evolution forms do not

have minimum access information that can characterize a medical record and/or serve as a source of research for students, professors, physicians and everyone who accesses this documentation.

5 FINAL CONSIDERATIONS

Carrying out a document evaluation with the aim of removing the document from a collection should not only be seen with a pragmatic view. Several elements must be considered as the physical records should not be considered a problem for an educational institution because they occupy spaces that are already so scarce. First of all, it is necessary to create specific informational policies for the production, availability, evaluation, disposal, and elimination of this type of document.

Evaluating documents should aim to reduce the document mass, streamline document and information retrieval, increase administrative efficiency, improve document conservation, streamline document production and flow, free up physical space and, consequently, improve access of students, teachers, and other researchers to the collection.

With this experience report, the intention is to present guidelines for future discussions with those responsible for managing the University Hospital, and it does not intend to discipline the access, storage, classification, evaluation, conservation, and handling of the medical records that are in the clinic's archives, but only to point out issues considered of great value in document management focused on the health area. In addition to verifying that legal standard are complied with in order to safeguard the institution of future audits, whether internal and/or external, as well as seeking to achieve quality in the provision of services, this phase was methodologically characterized by direct observation and participatory, seeking to verify possible flaws and point out improvements.

Management of medical records information is a fundamental issue in the discussion as an information system in a hospital environment. The scenario presented clearly indicates that it is imperative to use Informational and Communicational Technologies (ICT) to solve part of the existing problems, such as the implementation of PEP. This solution does not eliminate the problem, but minimizes it with the reduction of paper support, which to a certain extent would reduce the issue of physical space. This being, however, only one of the elements necessary for archival management considered ideal both for the records – considering their typology – and for the institution that maintains the Archive, the University Hospital. The

formation of a multidisciplinary team is essential for the creation and implementation of the CPAD, as well as the use of extension projects specifically aimed at the documental fund in question.

REFERENCES

ANDRADE, W. O. **Usuários da informação jurídica: quem são e como funciona o fluxo informacional no Arquivo da Justiça Federal da Paraíba (JFPB)**. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Universidade Federal da Paraíba, 2014.

ARQUIVO NACIONAL. (Brasil). **Dicionário brasileiro de terminologia arquivística**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2005.

BARBOZA, V. dos S. **A gestão documental na tramitação do prontuário do paciente na unidade de prontuário e estatística: observação e análise do arquivo médico do hospital universitário de Sergipe HU/UFS**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Biblioteconomia e Documentação) - Universidade Federal de Sergipe, Departamento de Ciência da Informação, 2018.

BERNARDES, I. P. **Como avaliar documentos de arquivo**. São Paulo: Arquivo do Estado, 1998.

BELLOTTTO, H. L. **Arquivística: objeto, princípios e rumos**. São Paulo: Associação dos Arquivistas de São Paulo, 2002.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991**. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [1991]. Available in: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8159.htm. Access on: 2 jun. 2020.

BRASIL. **Lei Federal nº 12. 527, de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Available in: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm. Acesso em: 13 jul. 2020.

CIOCCA, I. G. **O prontuário do paciente na perspectiva arquivística**. 2014. 100 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília, 2014. Available in: <http://hdl.handle.net/11449/113864>. Access on: 12 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 1638, de 10 de julho de 2002. Diário Oficial União, nº 153, seção 1, 9/8/02. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 2002.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL. **Prontuário médico do paciente: guia para uso prático**. Brasília: Conselho Regional de Medicina, 2006.

Available in: <https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1370271458PEP.pdf>. Access on: 12 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1821/2007**. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. [Brasília, DF]: CFM, 2007. Available in: <http://www.diariodasleis.com.br/busca/exibmlink.php?numlink=1-178-34-2007-07-11-1821>. Access on: 20 ago. 2020.

CONARQ. **Resolução nº 22 de 30 de junho de 2005**. Dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde. Disponível em <http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=73&sid=46>. Access on: 20 ago. 2020.

DIAS, S. L. G. **Manuseio e processo de degradação documental**. 2009. Monografia (Especialização de Gestão em Arquivos) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Rio Grande do Sul, 2009.

FRANÇA, G. V. **Fundamentos de Medicina Legal**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

GAMA, F. A. **As contribuições das linguagens de marcação para a gestão da informação arquivística digital**. 2011. 158 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciência, 2011.

INDOLFO, A. C. *et al.* Noções de arquivologia. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1993.
JARDIM, J. M. A invenção da memória nos arquivos públicos. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 1-13, 1995.

JENAL, S.; ÉVORA, Y. D. M. Revisão de literatura: implantação de prontuário eletrônico do paciente. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 176-181, 2012.

MASSAD, E.; MARIN, H.F.; AZEVEDO, R. S. de N. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: USP, 2003.

PINTO, V. B.; SOARES, M. E. (org.). **Informação para a Área de Saúde: prontuário do paciente, ontologia de imagem, terminologia, legislação e gerenciamento eletrônico de documentos**. Fortaleza: Edições UFC, 2010.

ROUSSEAU, Jean-Yves; COUTURE, C. **Os fundamentos da disciplina arquivística**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1998.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2005.

SILVA, E. C. da. **Arquivo médico do Hospital Universitário Lauro Wanderley: fonte de informação para pesquisas científicas**. 2011. João Pessoa, 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Arquivologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Curso de

Arquivologia, Departamento de Ciência da informação, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, João Pessoa, 2011.

SILVA, J. B. **Comportamento do usuário na busca por informação em prontuários médico**: estudo de caso dos acadêmicos da área da saúde do Hospital Universitário de Sergipe - HU. São Cristóvão, SE, 2019. Monografia (Graduação em Biblioteconomia e Documentação) – Universidade Federal de Sergipe, Curso de Biblioteconomia e Documentação, Departamento de Ciência da Informação, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, São Cristóvão, 2019.

STUMPF, M. K.; FREITAS, H. M. R. de. A gestão da informação em um hospital universitário: o processo de definição do Patient Core Record. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 1, n. 1, p. 71-99, 2011. Available in: <https://www.scielo.br/j/rac/a/6jKfxVWdT3FC3DTFvGWNsmy/abstract/?lang=pt>. Access on: 13 jul. 2020.