

TRATAMENTO ARQUIVÍSTICO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE: um contraponto terminológico a Galvão, Ferreira E Ricarte

Henrique Elias Cabral França¹
Joseane Farias de Souza²
Everaldo Bezerra Chaves³

RESUMO: As especificidades do corpus teórico e dos elementos que norteiam cientificamente uma área do conhecimento são requisitos essenciais à sua consolidação. Com a Arquivística não é diferente. Nesse sentido, este trabalho apresenta um contraponto terminológico e conceitual às afirmações de Galvão, Ferreira e Ricarte (2014), em seu texto “Usuários de informação sobre saúde”, quando esses afirmam que prontuários do paciente são informações que “podem ser caracterizadas” de modo arquivístico e, ainda mais, inserem tais documentos no contexto de “coleção de informação”. Apesar da contribuição dos autores para a ciência médica, este trabalho argumenta arquivisticamente a importância da coerência terminológica e as implicações práticas destoantes diante de possíveis desvios conceituais no tocante a documentos de arquivo – caso dos prontuários de paciente. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e de cunho qualitativo que lança mão de dois princípios básicos fundamentais da Arquivologia: o da organicidade e da proveniência. Os resultados apontam para a necessidade de alerta sobre a compreensão de base das terminologias arquivísticas, reforça o olhar interdisciplinar para a produção científica entre as várias áreas do conhecimento e consolida o prontuário do paciente como um documento inegavelmente arquivístico em gênese e função.

Palavras-chave: Prontuário do paciente. Documento de arquivo. Terminologia Arquivística.

ARCHIVAL HANDLING OF PATIENT RECORDS: a terminological counterpoint to Galvão Ferreira and Ricarte

ABSTRACT: The peculiarities of the theoretical corpus and the elements that scientifically guide an area of knowledge are essential requirements to its consolidation. In Archivist is no different. In this sense, this work presents a terminological and conceptual counterpoint to Galvão, Ferreira and Ricarte (2014) statements, in the article "health information users" when these claim that patient records are information that "can be characterized" under aspect of archival science and also classify these documents as "collection of information". Despite the contribution of the authors to medical science, this article uses archival arguments on the importance of terminological consistency and dissonant practical implications in the use of possible conceptual deviations from archival documents - the case of patient records. This is a bibliographic research and qualitative approach that makes use of two fundamental basics of Archivology: the organic nature and principle of provenance. The results indicate the need for warning about the basic understanding of archival terminology, reinforces the need for interdisciplinarity in scientific production between different areas of knowledge and consolidates the patient's record as an undeniably archival document from its origin and function.

Keywords: Patient records. Archive file. Archival terminology.

¹ Mestre em Ciência da Informação pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente do Curso de Arquivologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). franca.henrique@gmail.com

² Graduanda em Arquivologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). contatojoseanefarias@gmail.com

³ Bacharel em Arquivologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). everaldochavez@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A consolidação de uma área do conhecimento se dá a partir do seu *corpus* teórico e dos elementos que a constitui e a norteiam - e com a Arquivística não é diferente. A área possui aspectos próprios que a diferencia de outras disciplinas que atuam sob o enfoque da informação.

A Arquivística tem como objeto de estudo a informação - porém, não se constitui enquanto toda e qualquer informação, mas uma em específico: a informação orgânica. Quanto a isso, Sousa (2009, p. 1-2) observa que

As principais características da informação, que estamos procurando definir, é que ela deve ser registrada em um suporte material e ser resultado do cumprimento da missão da organização. Esse tipo de informação recebe, então, o adjetivo orgânico, que a diferencia dos outros tipos de informação existentes nas organizações. A organicidade dessa informação revela o inter-relacionamento e o contexto de existência e de criação.

Sendo assim, consideramos que a informação arquivística possui um vínculo inextricável entre a Instituição e a atividade que a gerou. É um dos pontos principais para caracterizar uma informação como arquivística ou não.

Outro ponto que cabe salientar refere-se aos princípios da Arquivologia, onde podemos citar o Princípio de Proveniência como sendo o mais importante entre eles – não desconsiderando os demais. Rousseau e Couture (1998, p. 79), quanto a esse princípio, relatam que essa “é a base teórica, a lei que rege todas as intervenções arquivísticas”.

Esse princípio foi elaborado pelo historiador Natalis de Wailly, através de uma circular que continha os seguintes dizeres

[...] agregar os documentos por fundos, isto é, reunir os títulos [documentos] provenientes de um corpo, de um estabelecimento, de uma família ou de um indivíduo, e dispor segundo uma determinada ordem os diferentes fundos [...]. Além disso, acrescentava, para evitar qualquer tentação de constituir coleções: [...] os documentos que apenas têm relação com o estabelecimento, desse corpo ou dessa família [...]. (SCHELLENBERG, T. R., [1965], p. 35 apud ROUSSEAU; COUTURE, 1988, p. 80)

Além dessa perspectiva de fundos postulada por Wailly, os documentos podem ser agregados também sob a perspectiva sistêmica (SILVA et al, 2009) - ambos respeitando o princípio da proveniência, o que arquivisticamente descarta a possibilidade de constituição de coleções. Portanto, informação arquivística deve ser compreendida como informação

orgânica, ou seja, aquela que é proveniente de uma atividade administrativa e produzida a partir de uma necessidade funcional.

Diante do exposto, entramos na problemática deste artigo que se pauta no questionamento: podemos considerar, na Arquivística, o conceito dos autores Galvão, Ferreira e Ricarte (2014) quando conjecturam que os prontuários do paciente são informações de caráter arquivístico e, logo em seguida, os define como “coleção de informação”?

O objetivo deste trabalho se constitui em esclarecer e contestar a definição de Galvão, Ferreira e Ricarte para prontuários do paciente, de modo a caracterizá-lo enquanto informação arquivística. Além disso, aponta-se para uma proposta de modelo coerente com a Arquivística e seus princípios.

Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica de cunho qualitativo que teve como ponto de partida o capítulo “Usuários de informação sobre saúde”⁴ que os autores escreveram para compor o livro “Estudos de Usuários da Informação”⁵.

2 PRONTUÁRIO: A EVOLUÇÃO TERMINOLÓGICA DE UM CONCEITO

O nome prontuário provém do latim *prontuarium*, lugar onde são guardadas coisas de que se pode precisar a qualquer momento, dispensa, armário. Daí, por extensão, manual de informações úteis; ficha que contém os dados pertinentes de uma pessoa; o conteúdo dessa ficha (HOUAISS, 2007).

Há muito que o prontuário é alvo de estudos para a compreensão da dimensão de sua importância na assistência ao paciente nos serviços de saúde. Antes mesmo da instituição do SUS no Brasil, nos anos 1990, alguns autores já demonstravam essa preocupação tentando apresentar diante da comunidade científica os valores embutidos nos registros dos hospitais e serviços ambulatoriais para as ciências médicas e também a necessidade do uso das informações contidas nos prontuários para a administração, formação profissional e para o próprio paciente. Nesse sentido, Carvalho (1977, p.142), observou que

No Brasil, a evolução do **prontuário médico** vem da criação das escolas médicas. Em algumas, já atingiu padrão perfeitamente aceitável, permitindo investigação e pesquisa, fornecendo dados que nos levam a analisar com

⁴ GALVÃO, Maria Cristiane Barbosa. RICARTE, Ivan Luiz Marques. FERREIRA, Janise Braga Barros. Usuários da informação sobre saúde. In: CASARIN, Helen de Castro Silva. (org.) Et al. **Estudos de usuários da informação**. – Brasília: Thesaurus, 2014. p. 183 – 204.

⁵ CASARIN, Helen de Castro Silva. (org.) Et al. **Estudos de usuários da informação**. – Brasília: Thesaurus, 2014. 318 p.

facilidade o trabalho do corpo clínico, dos serviços médicos auxiliares e do próprio hospital (grifo nosso).

Já naquela época havia a preocupação em se encontrar uma definição que refletisse de forma clara e objetiva a importância e o valor do prontuário médico para as atividades clínicas e administrativas das unidades de saúde. Pensando por esse prisma, Carvalho (1977, p.143) nos apresenta uma definição onde o “prontuário médico se configura como um conjunto de documentos padronizados, destinado ao registro da assistência prestada ao paciente, desde a sua matrícula à sua alta” e, por isso mesmo, em virtude do seu valor, “foi necessário criar-se o serviço de arquivo médico e estatística, que se torna cada vez mais importante pelo fato do prontuário médico também crescer em importância”. (CARVALHO, 1977, p. 143)

Na década de 1980, mais precisamente em 1985, ou seja, um ano antes da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o Manual de Terminologia Básica do Ministério da Saúde define Prontuário médico como “Documento constituído de formulários padronizados, destinado ao registro da assistência prestada ao cliente”. A citada conferência, em seu relatório final, tema I, definiu que, a partir do conceito ampliado de saúde, outros direitos emergiam, tais como “trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre os processos e o ambiente de trabalho”.

Mais recentemente, no ano de 2002, o Conselho Federal de Medicina – CFM, através da Resolução CFM N° 1638/02, define Prontuário como

Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência e ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Note-se que o termo “prontuário médico” utilizado por Carvalho (1977) gradativamente vai sendo suprimido já que o conceito de prontuário migra de foco, deixando de ser um documento de uso exclusivo do médico e passando a ser fonte de informação para uso de todo o corpo clínico, da instituição detentora de sua guarda, do próprio paciente na defesa de seus direitos e conhecimento de seu histórico clínico, para a pesquisa científica e para as atividades administrativas auxiliares, como a organização de arquivos de instituições de saúde. Sendo assim, passa-se ao uso do termo “prontuário do paciente”, que, de acordo com o entendimento do Conselho Federal de Medicina disposto na Resolução CFM n° 1.821/2007 estabelece, em seu Artigo 8°

O prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos **prontuários dos pacientes** em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmados ou digitalizados. (grifo nosso)

O Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, em seu Guia Para Uso Prático (2006), reconhece que

Por analogia a laudo médico, relatório médico, exame médico, diz-se também prontuário médico. Contudo, é oportuno citar que **prontuário nosológico do paciente ou prontuário médico do paciente são expressões completas e expressivas**, que podem ser adotadas em comunicações científicas formais. **Prontuário do paciente é denominação encurtada, aceitável por ser expressiva** e “politicamente adequada”. (grifo nosso)

Pereira et al. (2008) afirmam ainda que o prontuário representa um indicador de qualidade da atenção ofertada, assim como uma ferramenta para avaliar a necessidade de educação permanente, além de ser um elemento fundamental em casos de auditoria ou de conflitos legais e éticos. Desta feita, Pereira et al. (2008, p.123) concluem seu pensamento afirmando que

Essa ferramenta fornece dados úteis não só para os profissionais de saúde, que avaliam de forma mais completa seu objeto de cuidado – a família –, mas também para a própria família, proporcionando o conhecimento a respeito de seu desenvolvimento e possibilitando melhor compreensão de sua situação.

Conforme a visão desses autores temos que o usuário da informação contida nos prontuários também se expandiu da mesma forma que o conceito, o que antes era privativo somente para a equipe médica, hoje tem abertura para o paciente e/ou familiares, cujo acesso é assegurado por lei (12.527/2011) bem como instituída no Código de Ética Médica.

2.1 O PRONTUÁRIO COMO DOCUMENTO DE ARQUIVO

Para uma compreensão arquivística sob a ótica sistêmica, tomemos como ponto de partida o esquema representado na figura 1 que traz uma visão geral a respeito da informação sobre saúde e, em seguida sobre a particularidade da concepção de saúde no Brasil.

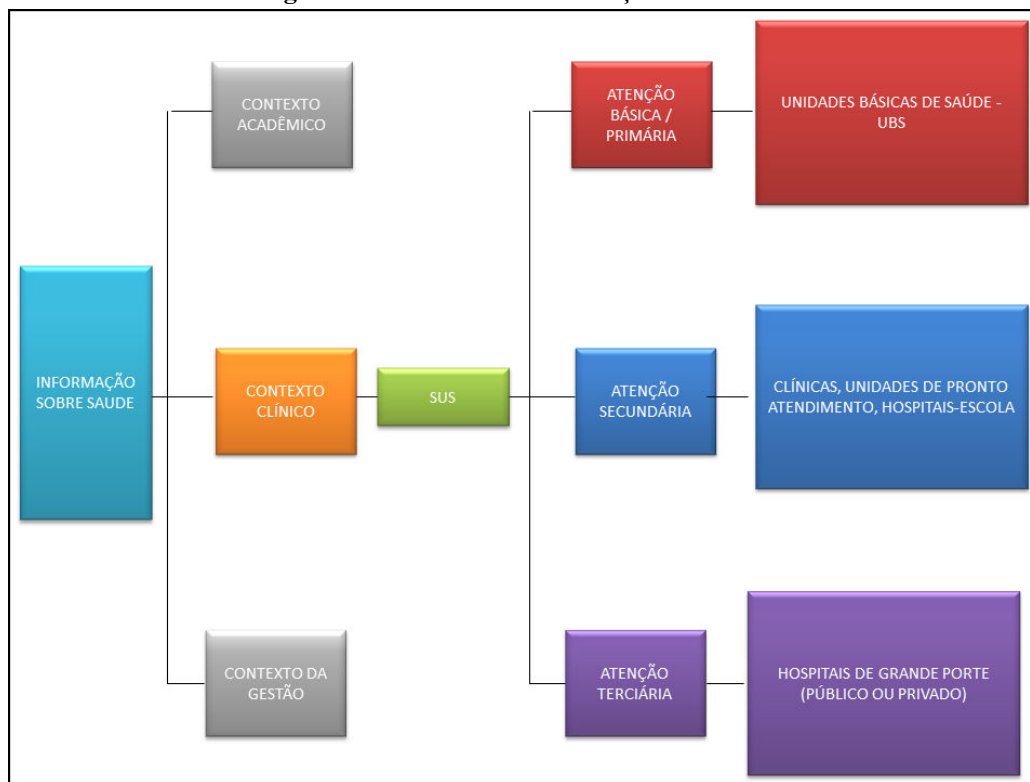
Conforme colocado por Galvão, Ferreira e Ricarte (2014), a informação sobre saúde é dividida em três contextos (figura 1), a saber: o acadêmico, o clínico e o de gestão. Para fins deste artigo, o enfoque que tomamos por base para nossas reflexões aponta para a informação em saúde no contexto clínico e suas particularidades, porquanto, o registro das informações contidas no prontuário do paciente ocorrem nesse contexto.

No Brasil, o modelo do SUS - Sistema Único de Saúde, que reflete o contexto clínico apontado pelos autores referidos no parágrafo anterior, é dividido em três níveis:

- atenção básica ou primária, em que se enquadram as UBS - Unidades Básicas de Saúde. Também chamado de baixa complexidade;
- atenção secundária em que temos as clínicas, unidades de pronto socorro e hospitais-escola; Também chamado de média complexidade;
- atenção terciária, em que se encaixam os hospitais de grande porte. Também chamado de alta complexidade.

Em cada um desses níveis a produção e recepção de documentos é imprescindível para o subsidiar a qualidade dos atendimentos em saúde.

Figura 1 - Contextos da informação sobre saúde

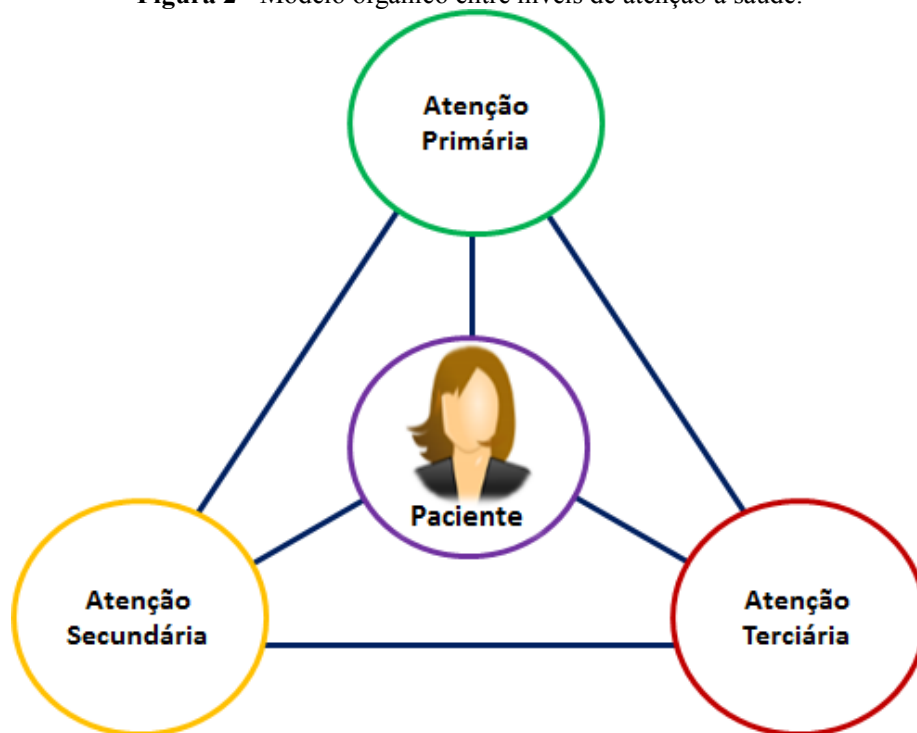


Fonte - Elaborado pelos autores, com base em Galvão, Ferreira e Ricarte (2014)

A perspectiva de argumentação de Galvão, Ferreira e Ricarte (2014) não contempla a existência de um processo de comunicação entre os sistemas de informação desses níveis de saúde, ou seja, não há clareza sobre a existência de um inter-relacionamento, interoperabilidade e organicidade entre eles - o que prejudica algumas das principais características dos prontuários enquanto documentos arquivísticos; e se isso não ocorre há evidente prejuízo na compreensão das informações sobre o desenvolvimento da saúde do paciente que tenha passado pela atenção primária, secundária e/ou terciária.

A partir da nossa percepção acerca da necessidade de intercomunicação entre os subsistemas, propomos um modelo (figura 2) que evidencia como o fluxo das informações produzidas em cada um dos níveis do sistema podem estar acessíveis para todos os atores envolvidos no processo de atenção à saúde. Com o intuito de facilitar a compreensão das nossas ideias pelo leitor, desenvolvemos uma representação gráfica do modelo que propomos. Segue:

Figura 2 - Modelo orgânico entre níveis de atenção à saúde.



Fonte - Elaborado pelos autores (2016)

Nesse esquema, é possível intuir que as informações foram produzidas a partir da coleta de dados fornecidos pelo paciente e outras ferramentas subsidiárias do atendimento (como exames complementares, por exemplo), sendo registradas em prontuário (em suporte físico ou prontuário eletrônico interoperável, disponível em rede) com informações referentes

à situação de saúde do mesmo paciente onde essas informações integram um todo sistêmico interconectado entre os níveis de atenção (primária, secundária e terciária), centrados todos no paciente/usuário do sistema.

Esse sistema interconectado, então, se completa quando da busca específica do paciente em questão, dos integrantes da equipe multiprofissional e/ou familiares previamente autorizados necessitam utilizar informação contida nesse sistema, possam ter acesso integral, instantâneo e remoto, não importando o nível de atenção que o paciente fora atendido. Dessa forma, fica configurada a teia informacional sistêmica que atende às necessidades da atenção em saúde e do próprio usuário, que é o principal beneficiado quando a qualidade no atendimento é atingida ao se atingir padrões aceitáveis de excelência, agilidade, eficiência e eficácia.

Visto isto, mergulhamos no ponto focal deste tópico que é a demonstração do prontuário do paciente enquanto documento arquivístico. Para isto, propomos alguns questionamentos que julgamos pertinentes: Como nasce um prontuário? Por que ele é produzido? É produzido para atender a uma necessidade administrativa? Existe um padrão de produção? Atende a um trâmite específico?

Entendemos que possam ser sugeridas uma extensa gama de respostas a esses questionamentos, entretanto, para fins desta comunicação, nos reservamos a observar que a obrigatoriedade da gênese do prontuário se dá através da Portaria nº 40 de 30 de dezembro de 1992 do Ministério da Saúde, onde a Secretaria de Assistência a Saúde institui que as entidades de atendimento aos usuários em saúde devem manter “registro obrigatório em prontuário único, das atividades desenvolvidas pelas diversas categorias profissionais - médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, farmacêutico, pessoal auxiliar”.

Percebemos, então, que o registro em prontuário é obrigatório, se constituindo enquanto necessidade administrativa. No tocante à produção desse documento, podemos dizer com base no Conselho Federal de Medicina (BRASIL, 2002), que ele é criado “para possibilitar a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”.

A padronização que se preconiza para esse tipo de documento está nas informações obrigatórias que ele deve conter, instituídas na Resolução CFM 1.638/2002, a saber:

- Identificação do paciente - nome completo, data de nascimento [...], sexo, nome da mãe, naturalidade [...], endereço completo [...];

- Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
- Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;
- Nos prontuários em suporte papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;
- Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

Além da função administrativa, que confere organicidade ao prontuário, este possui valor probatório conforme indica o Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (2000, p. 1 apud MOLINA; LUNARDELLI, 2010, p. 74), o prontuário “[...] tem sido a principal peça de defesa do médico nos casos de denúncias por mau atendimento com indícios de imperícia, imprudência ou negligência, ou seja, na presunção da existência de erro médico”. Quanto ao aspecto probatório, Bellotto (2008, p. 4) explica que “o documento de arquivo não nasce por razões informativas simplesmente e, sim, por razões probatórias. Mais que informação, ele é prova [...]”.

Para reforçar o que foi dito até o momento, cabe trazer à tona a definição da Lei 8.159, de 8 de janeiro de 1991, que dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências, onde considera, em seu art. 2º, arquivos enquanto

Conjuntos de documentos produzidos e recebidos por órgãos públicos, instituições de caráter público e entidades privadas, em decorrência do exercício de atividades específicas, bem como por pessoa física, qualquer que seja o suporte da informação ou a natureza dos documentos.

Portanto, o prontuário é produzido e/ou recebido por “órgãos públicos, instituições de caráter público e entidades privadas”, sobretudo se considerarmos os níveis de atenção a saúde que compõem o SUS no contexto brasileiro; Sua gênese se dá “[...]em decorrência do exercício de atividades específicas”, sobretudo pela obrigatoriedade do registro previsto na Resolução 1.638/2002 constituindo uma necessidade administrativa e com fins, também, probatórios como tratado no desenrolar desse artigo; podendo ser produzido em suporte

convencional ou outros, de natureza sigilosa conforme consta na Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.605/2000.

Outro aspecto ao qual não podemos deixar de retomar é acerca dos Princípios Arquivísticos. Sobre os quais, Bellotto (2008, p.18) postula que o Princípio da Proveniência é aquele segundo o qual os documentos de um fundo arquivístico - de uma instituição ou pessoa - não podem ser misturados a outros fundos; O da Organicidade refere-se a condição segundo o qual os “arquivos refletem a estrutura, funções e atividades da entidade produtora/acumuladora em suas relações internas e externas”, é, segundo a autora, a condição existencial do documento de arquivo, pois “as relações administrativas orgânicas refletem-se no interior dos conjuntos documentais”.

Visto isso, temos mais um parâmetro para caracterizar o prontuário do paciente enquanto arquivístico, sobretudo pelo princípio da organicidade, pois este quer dizer - principalmente - que o documento foi criado porque existe uma necessidade administrativa da Instituição para criação de tal e que, após produzido, esse documento possui uma “ligação umbilical” (SOUSA, 2009) entre este e a Instituição que o gerou, ou seja, são indissociáveis.

O prontuário do paciente, portanto, reflete a Instituição que o produziu e/ou acumulou em suas relações internas e externas, caracterizando um vínculo inextricável entre si - caráter orgânico -, como também obedecem ao Princípio da Proveniência. Podemos afirmar, portanto, que a Arquivística é uma área do conhecimento dotada de uma metodologia de trabalho específica e que, considerando os princípios aqui expostos, como também a gênese documental dessa espécie de documento, o prontuário fatalmente será documento arquivístico e merece, sobretudo, um tratamento arquivístico.

3 CONTESTAR PARA ESCLARECER

Para adentrarmos nas discussões que levarão aos resultados da pesquisa, vale delinear um breve currículo dos autores – alvo – desse estudo. Maria Cristiane Barbosa Galvão é graduada em Biblioteconomia e Documentação pela Universidade de São Paulo, com mestrado em Ciências da Comunicação pela mesma Instituição e doutorado em Ciências da Informação pela UNB.

Janise Braga Barros Ferreira é graduada em Medicina pela Universidade do Vale do Sapucaí, mestra em Ciência Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e doutora em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Ivan Luiz Marques Ricarte é graduado em Engenharia Elétrica pela Universidade Estadual de Campinas, como mestrado em Engenharia Elétrica pela mesma Instituição, doutorado também em Engenharia Elétrica pela University of Maryland at College Park – USA e pós-doutorado pela McGill University – Canadá.

Os autores - principalmente Galvão e Ricarte - possuem relevância no que se refere à produção científica à respeito de informação sobre saúde – mais especificamente sobre prontuário do paciente –, com destaque para a obra “Prontuário do Paciente” publicado em 2012 pela Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. O livro se constitui enquanto uma das poucas obras que tratam dessa problemática sob o ponto de vista informacional, mas que, todavia, deixa a desejar no que se refere às concepções arquivísticas. (CUNHA et al, 2013)

Em “Usuários da Informação sobre saúde” – enfoque deste trabalho – os autores afirmam que a informação que se encontra no prontuário é uma informação clínica e que “este tipo de informação clínica **pode ser caracterizado como informação de caráter arquivístico**”. (GALVÃO; RICARTE, 2012 apud GALVÃO; FERREIRA; RICARTE, 2014, p. 195, grifo nosso).

A respeito desse aspecto podemos inferir – arquivisticamente falando – que essa informação não poderá vir a ser apenas “caracterizado” como tal, antes já se constitui enquanto informação arquivística a partir de sua gênese, conforme visto anteriormente no desenrolar do contexto teórico desse artigo.

Logo em seguida, os autores complementam seu raciocínio declarando que “o prontuário do paciente, independente do suporte em que esteja, consiste na **coleção** de informação relativa ao estado de saúde de um paciente armazenada e transmitida em completa segurança informacional”. (GALVÃO; RICARTE, 2012 apud GALVÃO; FERREIRA; RICARTE, 2014, p. 195, grifo nosso).

Ora, já alertava Natalis de Wailly quanto ao aspecto “coleção”. Esse é o ponto-chave dessa pesquisa. Na Arquivística não trabalhamos com coleções, visto que o termo remonta ao decurso artificial na obtenção dos itens. A informação arquivística é produzida e/ou recebida mediante necessidades administrativas, seguindo uma serialidade a partir da indentificação de tipologias, formando conjuntos documentais denominamos Arquivos.

Bellotto (2002, p. 34) explica que a gênese documental, ou seja, a produção/criação do documento, se expressa pela *actio* e pela *conscriptio*, onde a *actio* refere-se à “ação ou atuação da parte ou das partes interessadas na criação, modificação ou extinção de uma determinada situação jurídica”. A *conscriptio*, por sua vez, refere-se ao ato de consignar por escrito essa ação.

As informações registradas (*actio + conscriptio*) no prontuário do paciente possuem teor importante - como comprovado nesse texto - não só para os médicos e equipe multiprofissional, como também para o próprio paciente.

A preservação dessa informação torna-se essencial para esses usuários, uma vez que o acompanhamento da saúde de um paciente só é possível mediante conhecimento das informações contidas nos prontuários.

Quanto a isso, o Arquivista tem total escopo teórico-metodológico para tratamento dessa informação desde a sua gênese até a sua destinação final, caracterizando a gestão documental que é concernente ao fazer arquivístico.

Rousseau e Couture (1998) elencam as funções do Arquivo, as quais, segundo os autores, são criação, avaliação, aquisição, classificação, conservação, descrição e difusão; onde acrescentamos a de franquear o acesso a informação.

Sobre isso, Molina e Lunardelli (2010, p. 73) enfatizam que

Torna-se evidente que a Arquivologia, por meio de seus fundamentos, está habilitada a participar de forma efetiva na gestão de documentos. Ao preocupar-se com a criação, tratamento e divulgação das informações nos mais diversos contextos.

E mais adiante, remontam a interdisciplinaridade entre as áreas, afirmando que “a área estabelece estreitas e competentes relações com o prontuário do paciente, [...] caracterizado como o documento arquivístico fundamental à saúde da população” (MOLINA;LUNARDELLI, 2010, p. 73).

Ressaltamos, contudo, a importância do tratamento do prontuário enquanto documento arquivístico, ou seja, conjuntos documentais, descartando a utilização da terminologia “coleção” utilizada pelos autores-alvo dessa pesquisa, visto que a Arquivística - apesar de ainda estar se consolidando terminologicamente - possui termos próprios já definidos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo contrapõe conceitualmente a afirmativa de Galvão, Ferreira e Ricarte a respeito de prontuário do paciente, apontando-o neste trabalho como documento arquivístico desde sua origem, de caráter orgânico e em harmonia com o princípio da proveniência, características inerentes ao documento de arquivo.

Apontou-se ainda que o prontuário do paciente não pode ser negligenciado ao ser tratado como “coleções”, visto que, conforme as características apresentadas, o prontuário possui valor administrativo e probatório, como também constatamos que estes já nascem arquivísticos eivados de obrigatoriedade exigidas em leis.

Vale ressaltar, certamente, a importância do trabalho de Galvão, Ferreira e Ricarte - sobretudo Galvão e Ricarte, que são profundos pesquisadores no tocante a prontuários do paciente. O que não impede de salientar, porém, a importância de unificar os termos e respeitar as particularidades das diversas áreas - com ênfase, nesse caso, à Arquivologia.

É importante, nesse sentido, o diálogo permanente entre as várias disciplinas para que se possa construir conhecimentos inovadores e, principalmente, contribuir com procedimentos e técnicas específicas de cada área. Esse diálogo fará com que as várias áreas que têm a informação como objeto de estudo se beneficiem com essa interdisciplinaridade.

Assim, muito mais que uma crítica terminológica, este trabalho aponta para a necessidade de consolidação das diversas áreas do conhecimento de modo dialógico, fortalecendo suas matizes a partir da compreensão dos limites entre as várias vozes da ciência.

REFERÊNCIAS

- BELLOTTO, Heloísa Liberalli. **Como fazer análise diplomática e análise tipológica de documento de arquivo**. São Paulo: Arquivo do Estado, imprensa oficial, 2002. 120 p. (Projeto como fazer, 8). Disponível em www.arqsp.org.br/arquivos/oficinas_colecao_como_fazer/cf8.pdf. Acesso em: 15 jun 2016
- BELLOTTO, Heloísa Liberalli. **Diplomática e tipologia documental em arquivos**. 2. Ed. Brasília, DF: Briquet de Lemos/Livros, 2008.
- BRASIL, **Lei de Arquivos: Lei N° 8.159, de 8 de janeiro de 1991**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/Leis/L8158.htm. Acesso em: 17 jun 2016.
- CARVALHO, Lourdes de Freitas. **Serviço de arquivo médico e estatística de um hospital**. 2. ed. São Paulo: Editora LTr Limitada; rio de Janeiro: Fundação Nacional de Material Escolar/MEC, 1977. 265 p.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM 1.605 de 15 de setembro de 2000**. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3051. Acesso em: 20/06/2016
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM 1.638 de 10 de julho de 2002**. *Diário Oficial*, Brasília, 10 jul. 2002. Seção 1, p. 124-5. Disponível em: <http://www.cfm.gov.br>. Acesso em: 13/05/2016

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM 1.821/2007** – Disponível em:
<http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=226&sid=55&tpl=printerview> . Acesso em: 13/04/2016

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL. **Prontuário médico do paciente: guia para uso prático** / Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal – Brasília: Conselho Regional de Medicina, 2006. Disponível em:
<http://www.crmdf.org.br/sistemas/biblioteca/files/7.pdf> . Acesso em: 03/05/2016

CUNHA, Elenice Machado da. Et al. Prontuário do Paciente (resenha). **RECISS- R. Eletr. De Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.7, n.2, Jun., 2013. Disponível em:
<http://www.reciis.icict.fiocruz.br> Acesso em: 18 jun. 2016.

GALVÃO, Maria Cristiane Barbosa. RICARTE, Ivan Luiz Marques. FERREIRA, Janise Braga Barros. Usuários da informação sobre saúde. In: CASARIN, Helen de Castro Silva. (org.) Et al. **Estudos de usuários da informação**. – Brasília: Thesaurus, 2014. p. 183 – 204.

HOUAISS, A. **Dicionário eletrônico da língua portuguesa. Versão 2.0a** - Abril de 2007 – Ed. Objetiva LTDA.

MOLINA, Leticia Gorri; LUNARDELLI, Rosane Suely Alvares. O Prontuário do Paciente e os Pressupostos Arquivísticos: estreitas e profícuas interlocuções. **Informação & Informação**, v. 15, n. 1, p. 68-84, 2010.

PEREIRA, Ana Tereza da Silva et al. **O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde**. – in: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S123-S133, 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/17.pdf>. Acesso em: 11/04/2016.

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

SILVA, Armando Malheiro. RIBEIRO, Fernanda. RAMOS, Júlio. REAL, Manuel Luís. **Arquivística: teoria e prática de uma ciência da informação**. 3. Ed. Edições Afrontamento, Porto. Julho de 2009.

SOUSA, Renato Tarcísio Barbosa de. **A informação orgânica arquivística** – 2009 – disponível em:
<http://arquivoememoria.files.wordpress.com/2009/04/informacaoorganicaarquivistica1.pdf>.
Acesso em: 10 março 2016