

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - CAMPUS V CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SOCIAIS APLICADAS CURSO DE GRADUAÇÃO EM ARQUIVOLOGIA

EVERALDO BEZERRA CHAVES

ORDENAÇÃO MULTIDIMENSIONAL:

APLICAÇÃO DO MODELO SISTÊMICO DE ORDENAÇÃO DOCUMENTAL EM PRONTUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM JOÃO PESSOA PB.

EVERALDOBEZERRA CHAVES

ORDENAÇÃO MULTIDIMENSIONAL:

APLICAÇÃO DO MODELO SISTÊMICO DE ORDENAÇÃO DOCUMENTAL EM PRONTUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM JOÃO PESSOA PB.

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Arquivologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de bacharel.

Orientador: Prof. Me. Henrique França

F ICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA SETORIAL CAMPUS V- UEPB

C512o Chaves, Everaldo Bezerra.

Ordenação multidimensional: aplicação do modelo sistêmico de ordenação documental em prontuários de uma Unidade Básica de Saúde em João Pessoa PB. / Everaldo Bezerra Chaves. – 2013.

80f. : il. color

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Arquivologia) — Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e Sociais Aplicadas, Curso de Arquivologia, 2013.

"Orientação: Prof. Ms. Henrique Elias Cabral França, Curso de Arquivologia".

1. Ordenação documental. 2. Prontuário familiar. 3. Modelo sistêmico. I. Título.

21. ed. CDD 025.171 4

EVERALDO BEZERRA CHAVES

ORDENAÇÃO MULTIDIMENSIONAL:

APLICAÇÃO DO MODELO SISTÊMICO DE ORDENAÇÃO DOCUMENTAL EM PRONTUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM JOÃO PESSOA PB.

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Arquivologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de bacharel.

Aprovada em 29/08/2013.

Prof. Me. Henrique Elias Cabral França /UEPB Orientador

Prof. Dr. Josephar Henrique de Melo / UEPB

Examinador

Profa Ma. Maria José Cordeiro de Lima / UEPB Examinadora

Ao meu pai, José Pierre Chaves (*in memoriam*), exemplo de homem de paz, íntegro e honesto.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Jesus Cristo, meu mestre e salvador, por tudo em minha vida.

À minha mãe, que sempre acreditou na minha determinação e que por tantas horas orou por mim.

À minha esposa (Lêda) e filho (Heitor), pelo apoio, pela paciência e pela compreensão em todos os momentos que dividimos.

À minha família que sempre representou o meu porto seguro em dias de tempestade ou de calmaria.

Aos professores que contribuíram de forma determinante para a construção do profissional que pretendo ser, notadamente à Prof^a Mara, pelo incentivo e força constantemente transmitidos; à Prof^a Francinete Fernandes pelas discussões sempre acaloradas e extremamente produtivas; e ao Prof. Rodrigo Fortes pelos conhecimentos transmitidos, pelos valores éticos amplamente discutidos, pelas conversas informais, as boas gargalhadas e os momentos de descontração (sempre tão mal julgados).

Ao professor orientador, Prof. Henrique França, pela paciência e pelas discussões e trocas de experiências fundamentais para a vida cotidiana e para o trabalho acadêmico.

Agradeço especialmente ao Professor Josemar H. Melo, por ter conseguido, tal qual lavrador resoluto, preparar a terra com tal esmero que pôde lá depositar a semente da arquivística de maneira que ela pudesse brotar e buscar substância para crescer e firmar suas raízes em solo nem sempre tão fértil, mas que busca a luz do conhecimento com força de vontade e com uma determinação quase titânica.

Agradeço às colegas que também participaram dos momentos mais importantes de minha vida acadêmica, minhas incentivadoras e minhas grandes amigas: Raksanjany Suênia, Natália Lima e Rozelânia de Souza.

"Saber exatamente qual a parte do futuro que pode ser introduzida no presente é o segredo de um bom governo". *Victor Hugo*

RESUMO

Este trabalho apresenta a temática da gestão da informação arquivística, enfocando a questão da ordenação documental aplicada em um arquivo de prontuários familiares de uma Unidade Básica de Saúde em João Pessoa PB, discute a teoria arquivística relativa à organização documental, tomando-se como ponto de partida a literatura da área acerca da classificação e ordenação sob o paradigma técnico-descritivo, para então lançar mão da arquivística centrada na perspectiva da teoria sistêmica, como base teórico-metodológica sob o paradigma científico. Aborda a estruturação do SUS e a questão da informação em saúde além de apresentar um breve histórico da evolução conceitual do termo prontuário para, enfim, apresentar os resultados e as considerações concluindo que o modelo de ordenação experimentado atende às expectativas e supera-as no sentido de que melhorou não somente a recuperação documental, mas também o trabalho e a prestação de serviço à comunidade assistida além das atividades que envolvem a produção, uso e arquivamento.

PALAVRAS-CHAVE: Ordenação documental. Prontuário familiar. Modelo sistêmico.

ABSTRACT

This paper presents the theme of management of archival information, focusing on the question of the document ordinance applied to a file of family records in a Unidade Básica de Saúde (Basic Health Unit) in João Pessoa/PB. It discusses the archival theory related to the documental organization,09f taking as its starting point the literature on the field of classification and ordinance under the technical-descriptive paradigm so as to make use of archivistics targeted at the perspective of systemic theory as theoretical and methodological basis under the scientific paradigm. It discusses the structuration of SUS and the issue of health information, presenting a brief history of the conceptual evolution of the term *record* to finally present the results and considerations concluding that the ordinance model experimented meets the expectations and even exceeds them in a sense that it not only improved the documental retrieval but also the work and the provision of service to the assisted community besides the activities involving production, use and archiving.

KEYWORDS: Documental Ordinance. Family record. Systemic model.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇAO	9	
2	PERCURSO DE ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	14	
2.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	1	
2.2	OBJETIVOS	1:	
2.2.1	Objetivo geral	1	
2.2.2	Objetivos específicos	1:	
2.3	UNIVERSO E AMOSTRAGEM	1	
2.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS		
3	ORGANIZAÇÃO DOCUMENTAL: DA CONCEPÇÃO TECNICISTA AO ASPECTO MULTIDIMENSIONAL CIENTÍFICO	19	
3.1	A CLASSIFICAÇÃO	2	
3.2	A ORDENAÇÃO	20	
4	O SUS E A REDE DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	36	
4.1	PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	38	
4.1.1	A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SUAS ATRIBUIÇÕES	39	
4.1.2	A UBS COMO CAMPO DE PESQUISA	40	
5	O SISTEMA DE SAÚDE E OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	42	
6	DESCRIÇÃO E APRECIAÇÃO ANALÍTICA DOS RESULTADOS	5(
6.1	PRIMEIRO MOMENTO: OBSERVANDO O OBJETO	5(
6.2	SEGUNDO MOMENTO: IMPLEMENTANDO O MÉTODO	59	
6.3	TERCEIRO MOMENTO: PERCEBENDO AS MUDANÇAS	64	
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68	
	REFERÊNCIAS	7 1	
	APÊNDICE	75	
	ANEXOS	7	
	ANEXO I: ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	7	
	ANEXO II: QUESTIONÁRIO DE PESQUISA	7	

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas o Brasil tem passado por um processo de transformação social bastante significativo. Se por um lado a redemocratização do estado brasileiro, nos anos 1980, trouxe novos ânimos ao desenvolvimento social e econômico, por outro, a inserção das tecnologias da informação no cenário nacional contribuiu para o início de um novo ciclo histórico em todos os setores do país. Esse incremento tecnológico foi determinante e funcionou como um combustível social, potencializando as possibilidades de acesso à informação e interação remota entre pessoas e lugares antes inimagináveis, impulsionando, ainda mais, as perspectivas de mudanças dinâmico-estruturais dos meios de produção, comunicação e divulgação do conhecimento, ampliando assim, a inserção social no sentido de permitir, de forma mais justa e menos desigual, o exercício da cidadania em uma nação que estava às voltas com o processo democrático.

No palco dessas novas transformações sociais foi gestada e trazida à luz a Constituição Federal de 1988, que trouxe junto com a sua formulação o ideário de garantia dos direitos fundamentais do homem e, consequentemente, a preocupação com a organização de um Estado Democrático de Direito. Denota-se claramente, pois, com essa observação, que a Constituição trazia à tona uma tentativa de alinhamento com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, editada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Tal alinhamento reside no fato de que a Constituição de 1988, no seu artigo quinto, apresenta uma ideia de igualdade de direitos perante a lei, indistintamente de natureza, sendo garantida a todos a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, em analogia ao que preconiza a Declaração Universal de 1948, que traz em seu artigo primeiro a ideia de que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.

Sendo assim, é inegável que expressivas conquistas da sociedade brasileira foram e estão sendo determinadas, ou pelo menos projetadas, e os primeiros passos em busca de uma conquista concreta e definitiva já foram dados. Um desses passos fundamentais foi o reconhecimento legal do direito ao acesso universal à saúde, tal como o disposto no artigo 196 da Constituição de 1988: "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Saúde, para fins de formulação dessa lei, foi entendida nos termos do conceito

definido durante a oitava Conferência Nacional de Saúde de 1986, que definiu saúde como um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas como ausência de enfermidade, mas também, e primordialmente, como um direito fundamental, sendo a consecução do mais alto nível possível de saúde a mais importante meta social, cuja realização requer a ação de muitos setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

Tendo sido, pois, cada vez mais importante o papel ocupado pela informação dentro das instituições públicas e privadas, evidencia-se o acesso e o uso das informações como subsídio imprescindível para a melhoria da qualidade da prestação dos serviços, especialmente aqueles prestados em benefício da saúde, melhorando a comunicação institucional tanto em nível interno quanto externo, para a efetivação de princípios democráticos, como subsídio para uma gestão eficiente e para a tomada de decisão em todos os níveis organizacionais.

Nesse sentido, não apenas a qualidade das informações, mas, as ações relacionadas à produção, tratamento, uso, organização e recuperação da informação precisam estar intrinsecamente relacionados com o objetivo de garantir o acesso quando da necessidade de seu uso.

No Brasil, o setor da saúde pública, historicamente, tem sofrido com a carência de uma gestão que lhe confira eficiência e cumprimento pleno das prerrogativas legais, garantidas a partir da Constituição de 1988, dentre elas o princípio estabelecido no Art. 196 onde se lê que "a saúde é direito de todos e dever do estado".

No que se refere às ações desse setor e os serviços de saúde que são considerados de relevância pública, a Constituição Federal, no Artigo 197, diz que caberá à lei dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. Diz ainda que tais serviços integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, que se convencionou chamar de Sistema Único de Saúde - SUS.

No âmbito do SUS são desenvolvidas as políticas públicas de saúde e os programas nacionais voltados à atenção e ao cuidado dos cidadãos brasileiros, entendidos todos como seus usuários, independente de condição social, econômica, étnica, sexual, cultural, religiosa ou qualquer outra. Na base desse sistema, funcionando como porta de entrada, está situada a Atenção Básica da Saúde que engloba as ações e os mecanismos necessários para dar suporte ao atendimento dos usuários dentro de uma lógica predefinida pela gestão da Política Nacional de Humanização do Atendimento – HumanizaSUS. Nesse universo altamente complexo, é que se enquadra o Programa de Saúde da Família (PSF), e onde estão

distribuídas por todo o país as Unidades de Saúde da Família –(USF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que dele fazem parte.

Se, ao longo dessas mais de duas décadas de estatuto do SUS, a gestão em saúde pública não conseguiu apresentar resultados satisfatórios, infere-se que as informações produzidas pelo setor Saúde ainda não atingiram um nível gerencial tal que proporcionasse uma melhor resposta às demandas sociais no que concerne à elaboração de políticas públicas voltadas para a atenção integral e o cumprimento efetivo da legislação. No que tange às preocupações intuindo encontrar caminhos para resolver os problemas de organização e potencialização do acesso às informações produzidas no setor saúde no estado da Paraíba, verifica-se uma importante lacuna na produção de trabalhos de pesquisa referentes ao tema, abordando, especificamente, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) como universo essencial para a consecução dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Foi no ambiente de uma UBS que foi desenvolvida a pesquisa que resultou neste trabalho. O autor, ao longo de cinco anos de serviços prestados como Agente Comunitário de Saúde (ACS), em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na cidade de João Pessoa - PB, observou que há importantes particularidades e uma dinâmica de produção e uso dos prontuários referentes às famílias atendidas por aquele serviço, sendo detectados alguns problemas que acabavam por refletir na qualidade do serviço oferecido aos usuários.

Dadas as atuais condições nacionais de prestação de serviços no âmbito do SUS, nota-se que a qualidade dos serviços prestados em todo o país, está ainda muito aquém da que foi pretendida por seus idealizadores. Esse fato é facilmente percebido verificando-se os noticiários dos principais meios de comunicação, em que aparecem em destaque, e com bastante constância, matérias denunciando a má qualidade dos serviços e em alguns casos, sua total ausência. Em João Pessoa PB, não poderia ser diferente, os problemas se multiplicam e são desafiadores para a gestão municipal de saúde.

O acesso às informações com qualidade e em tempo hábil incide diretamente na qualidade do atendimento e na avaliação clínica, assim, as ações que visam amplificar esse fenômeno em todos os níveis do SUS devem ser implementadas. Considerando que o campo investigativo na área dos arquivos vem gradualmente se expandindo e desenvolvendo importantes mecanismos relativos às práticas documentais, é que surge a problemática desta pesquisa: como implementar um método de ordenação padronizada para a organização de prontuários em uma Unidade Básica de Saúde - UBS?

Nessa lógica, percebendo a multiplicidade dos desafios e fazendo uma leitura acerca dos direitos do cidadão brasileiro, é que buscamos dar eficiência e agilidade na recuperação da informação contida nos prontuários familiares e, com isso, amenizar parte dos problemas enfrentados diariamente na instituição onde se desenvolveu a pesquisa. Tivemos como objetivo implementar um método de ordenação padronizada para a organização de prontuários em uma Unidade Básica de Saúde em João Pessoa, PB.

Abordamos, dentro do campo da Arquivologia, a discussão acerca das possibilidades de contribuição dessa área do conhecimento na busca de soluções para os inúmeros problemas que atingem grande parte da sociedade brasileira. Foi essa particularidade que confere a este trabalho a devida relevância. Essa discussão faz-se notadamente oportuna, excepcionalmente para a Arquivologia que, para alguns autores, como é o caso dos portugueses Silva et al. (2009), figura dentro do universo das Ciências da Informação, visto que a sociedade brasileira atravessa um momento de quebra de paradigma quanto ao reconhecimento do uso imprescindível da informação para o exercício da cidadania e a consecução dos seus direitos, fato este evidenciado pela edição da Lei de Acesso à Informação no ano de 2011 e que vem se somar à Lei N° 8.159 de 08 de janeiro de 1991, conhecida como lei de arquivos.

Durante a pesquisa, que foi classificada como experimental do tipo explicativa e descritiva, buscamos intervir em um problema que assume proporções nacionais, afetando às camadas sociais economicamente mais básicas. Buscamos, enfim, encontrar meios de contribuir para melhorar qualidade dos serviços prestados e evitar a perda de informações preciosas tanto para a instituição e para o usuário, quanto para a sociedade que, de uma maneira geral, indiretamente faz uso das informações de saúde no âmbito do SUS através da pesquisa científica e para a elaboração de políticas de saúde e de financiamento da rede de atenção básica em saúde.

Para o autor desta monografia, a importância que assume o trabalho científico é de inestimável valia, já que o introduz no universo da pesquisa e da produção científica, oferecendo a possibilidade de contribuir positivamente para a solução de um dos principais gargalos administrativos de seu ambiente de trabalho, além de proporcionar a possibilidade de ampliação do conhecimento acerca dos princípios e métodos arquivísticos.

Partimos da premissa hipotética de que implementar um método ordenação documental padronizada em prontuários de uma Unidade Básica de Saúde, facilita o acesso à informação e contribui efetivamente para a melhoria da qualidade no atendimento aos

.

¹ Lei Nº 12.527, de 18 de Novembro de 2011.

usuários. Verificamos que tal hipótese foi confirmada e foi ainda além, pois nos permitiu avançar no processo de conhecimento das teorias arquivísticas que caminham rumo à busca de uma base teórico-metodológica cientificamente justificável, além de nos proporcionar novas possibilidades de prosseguir com novos elementos de pesquisa, novos e importantes questionamentos em busca de novas respostas.

O trabalho está estruturado em sete capítulos, onde este primeiro introduz, de forma genérica, o tema abordado. O segundo apresenta o percurso metodológico pelo qual a pesquisa foi desenvolvida. O terceiro capítulo aborda o tema da organização arquivística, enfocando a classificação e a ordenação documental como pontos chave do tema, colocando a perspectiva da teoria sistêmica aplicada à arquivística como princípio norteador do processo de classificação e ordenação. O quarto capítulo aborda aspectos sobre a estrutura do SUS e a rede de Atenção Básica da Saúde apresentando, enfim, nesse universo, o Programa de Saúde da Família. O quinto enfoca a questão do sistema de saúde e os sistemas de informação, identificando a informação orgânica como matéria prima do Arquivo enquanto sistema de informação. O sexto capítulo apresenta a discussão e análise dos dados coletados durante a pesquisa empírica e, finalmente, o sétimo e último capítulo, traz, a partir dessa análise em que se descreve e explicam os fenômenos estudados, as considerações finais.

No decorrer do trabalho se verificará diversas citações em língua estrangeira, entendemos, entretanto, que não deveríamos apresentar tradução, intuindo evitar prejuízo de interpretação ou problemas terminológicos quanto à tradução de termos técnicos. Advertimos, outrossim, que tomamos o cuidado de observar as regras definidas pela norma ABNT 10520 que estabelece os padrões para esse tipo de recurso metodológico.

2. PERCURSO DE ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa que deu origem a este trabalho de conclusão de curso classificou-se como experimental já que buscou a construção de conhecimentos a partir da experimentação de um método de ordenação dos prontuários em uma Unidade Básica de Saúde na cidade de João Pessoa PB. Intentou-se resultados cientificamente comprovados a partir da identificação e do controle das variáveis e as suas relações de causa e efeito para que nos possibilitasse uma criteriosa análise sistemática. Ao escolhermos a metodologia aplicada, entendemos estar em consonância com o pensamento de Martins e Theóphilo (2009, p.57), ao considerarem que a pesquisa experimental "trata-se da pesquisa em que uma ou algumas variáveis são manipuladas (variáveis independentes) — possíveis causas — e observados possíveis efeitos sobre uma variável (dependente)" e em que "o pesquisador interfere na realidade, fato ou situação estudada através da manipulação direta de variáveis".

Predominantemente, as pesquisas em ciências sociais utilizam-se da abordagem qualitativa para que sejam descritos os fenômenos sociais sem fazer uso de dados estatísticos, pois, segundo Michel (2009, p.38), a pesquisa qualitativa "discute, correlaciona, interpreta situações, fatos, opiniões, e conclui valores através de analise coerente". Sendo assim, a abordagem qualitativa permite ao pesquisador, a partir da observação, apreender o fenômeno estudado para tornar possível o entendimento da realidade. Assim, compreendendo o viés dessa abordagem metodológica e levando em conta os objetivos da pesquisa, entendemos que a sua condução deveria ser operacionalizada pelo viés qualitativo, de forma que puderam contemplar as suas peculiaridades e tornar possível um entendimento mais acurado do objeto estudado.

Enfim, como a pesquisa objetivou implementar um método de ordenação para a organização de prontuários, com o fim de identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos, além de apresentar informações, dados, revelando nuances e circunstâncias, definiu-se a pesquisa do tipo descritiva e explicativa.

Para Rodrigues (2007, p.30), a pesquisa descritiva tem o objetivo de

descrever, não é algo que se vincule à natureza quantitativa ou qualitativa. O discurso é pictórico. O retrato pode ser feito com o pincel dos números ou com as tintas dos atributos, indiferentemente, ainda que se deva ressalvar a existência de objetos os quais, por sua especificidade, convidam a uma ou outra via.

O mesmo Rodrigues (2007), afirma que "explicativa é a pesquisa que busca relações do tipo causa e efeito". Para o autor, o pesquisador mergulha no objeto de estudo de forma a compreender e expor até as relações menos aparentes, pois, segundo ele, "não basta que procure relações de quaisquer espécies. É preciso que vise àquelas relações pertinentes ao nexo de causalidade".

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo Geral

Implementar um método de ordenação documental padronizado para a organização de prontuários em uma Unidade Integrada de Saúde da Família em João Pessoa PB.

2.2.2 Objetivos específicos

- Descrever a dinâmica do ciclo documental dos prontuários na instituição desde a produção até o arquivamento;
- Identificar o(s) método(s) como os prontuários estão organizados;
- Construir a proposta e implementar o método de ordenação documental;
- Observar as possíveis mudanças ocorridas a partir da implementação do método.

2.3 UNIVERSO E AMOSTRAGEM

O universo ou população, para fins de uma pesquisa científica, compreende o conjunto dos elementos que apresentam características em comum que possam ser contadas, medidas, pesadas, ordenadas ou qualificadas de algum modo e que sirva de base para as propriedades a serem investigadas, nesse sentido, Marconi e Lakatos (2003, p.223) explicam que "a delimitação do universo consiste em explicitar que pessoas ou coisas, fenômenos etc. serão pesquisados, enumerando suas características comuns".

Para a pesquisa que embasou este trabalho, o universo a ser considerado foram todos os funcionários da Unidade Básica de Saúde supracitada, cuja estrutura comporta no mesmo espaço físico quatro equipes de saúde da família. Todas as equipes de saúde em seu processo de trabalho utilizam o prontuário familiar para desenvolver suas atividades profissionais. São

equipes autônomas e independentes, mesmo atuando integradamente no mesmo espaço físico da UBS, apresentam características idênticas de organização de trabalho e procedimentos, a saber: todas estão inseridas na atenção básica da saúde, fazem parte do programa saúde da família, cada equipe de saúde é composta por um número mínimo de profissionais segundo a Portaria N° 2.488 de 21 de outubro de 2011, produzem prontuários familiares para cada família residente no território adscrito a cada equipe de saúde, são responsáveis pelo atendimento das necessidades básicas de saúde de toda a população adstrita, utilizam para atendimento dos usuários o prontuário familiar e nele inserem as alterações necessárias segundo as atribuições profissionais dos membros da equipe, além de serem responsáveis pela organização e guarda dos prontuários familiares segundo as orientações do Conselho Federal de Medicina através da resolução CFM N° 1.821/2007 e do parecer CFM nº 5/2012.

O tipo de amostra escolhida foi a amostragem não probabilística intencional, dadas necessidades do experimento de que se tratou a pesquisa, pois segundo Martins (2009), "de acordo com determinado critério é escolhido intencionalmente um grupo de elementos que irão compor a amostra. O investigador se dirige, intencionalmente, a grupos de elementos dos quais deseja saber opiniões".

O critério considerado para a escolha deste tipo de amostragem foi a especificidade do experimento que utilizou como campo empírico a instituição onde trabalha como Agente Comunitário de Saúde o autor deste trabalho monográfico. Diante disto, conhecendo a instituição e suas rotinas, percebeu-se que o quadro de funcionários atuantes nesse ambiente é relativamente reduzido o que justifica uma escolha intencional dos indivíduos a serem estudados, já que se tem conhecimento de quais deles estão mais diretamente ligados às atividades de produção, uso e arquivamento dos prontuários familiares da Unidade de Saúde.

Considerando, pois, que escolhido o tipo de amostragem, se chegue a uma amostra que seja representativa do universo, Marconi e Lakatos (2003) explicam que "o conceito de amostra é ser uma porção ou parcela convenientemente selecionada do universo (população); é subconjunto do universo".

A amostra, então, intencionalmente define que os profissionais e os prontuários a serem pesquisados serão selecionados da seguinte forma: como na UBS em questão abriga 03 (três) Equipes de Saúde da Família que, a partir de agora denominaremos de Equipe "A", Equipe "B" e equipe "C", e uma equipe do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) que denominaremos de equipe "D", serão escolhidos, para a amostra, todos os prontuários referentes às famílias atendidas pela equipe "A", assim tem-se um número de aproximadamente 1.500 (mil e quinhentos) prontuários e todos os profissionais que fazem

parte dessa equipe cujos quais no desempenho de suas atividades participam do processo de produção, uso, arquivamento e recuperação dos prontuários, a saber: 11 agentes comunitários de saúde (a equipe é composta de 12 ACSs, porém excetua-se o autor deste trabalho), 01 enfermeira (coordenadora da equipe) e 01 recepcionista.

Excetua-se da amostra a médica já que no desenvolvimento da pesquisa não trabalhava na UBS, logo não teve contato com a documentação antes da implementação do método de ordenação dos prontuários. Além dessa profissional, excetuam-se também a Dentista e a Auxiliar de Consultório Dentário já que utilizam seu próprio arquivo de prontuários com seu método próprio de organização. Desta feita serão, ao todo, dezessete (13) funcionários da Equipe "A" pesquisados.

2.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados necessários para atingir satisfatoriamente os objetivos da pesquisa que neste trabalho apresentamos os resultados, foram utilizados dois instrumentos que, dadas as peculiaridades qualitativas da pesquisa, tornaram-se complementares e essenciais, pois permitiram, nos vários momentos de desenvolvimento da pesquisa capturar os dados deveras relevantes. Foram escolhidos, então, a observação direta e o questionário misto.

Para Michel (2009, p.71) "o questionário é um formulário, previamente construído, constituído por uma série ordenada de perguntas em campos fechados e abertos, que devem ser respondidas por escrito sem a presença do entrevistador", desta feita, para complementar a coleta e proporcionar uma análise qualitativa mais ampla dos dados coletados, Martins e Theóphilo (2009, p.86) nos apontam que "a observação consiste em um exame minucioso que requer atenção na coleta e análise das informações, dados e evidências".

Por se tratar, então, de pesquisa com abordagem qualitativa, fez-se necessário a escolha de dois tipos de instrumentos que tornassem possível a coleta de dados que favorecesse uma análise qualitativa tal como preconizam Martins e Theóphilo (2009, p.93) ao afirmarem que "trata-se de um conjunto ordenado e consistente de perguntas a respeito de variáveis e situações que se deseja medir ou descrever", por isso decidiu-se utilizar o questionário misto, em que são ordenados grupos de questões fechadas e abertas.

Quanto ao tipo de observação, por se tratar de uma pesquisa em que o pesquisador trabalha no ambiente a ser pesquisado, o mais adequado é que se utilize a observação direta, pois de acordo com Bertucci (2009, p.67), "a observação direta constitui uma técnica

preciosa, especialmente quando o aluno trabalha na empresa onde está realizando a pesquisa" e é citada por Lakatos e Marconi (2002), em Bertucci (2009, p.67) como

uma técnica de coleta de dados para conseguir informações e utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar.

O questionário foi aplicado junto aos funcionários da Equipe "A" que estão diretamente envolvidos no processo de produção, uso, arquivamento e recuperação dos prontuários familiares, onde cada profissional, no desempenho de suas funções, e responsável por uma atividade distinta que caracteriza distintos pontos de utilização, produção e recuperação das informações constantes do prontuário familiar.

A observação direta foi utilizada para se perceber as singularidades do dia-a-dia do processo de trabalho com relação às atividades ligadas ao uso, arquivamento e desarquivamento dos prontuários familiares, as facilidades e dificuldades, os problemas de percurso na implementação do método de ordenação, as mudanças conseguidas com essa implementação e as possíveis perspectivas de aperfeiçoamento do método para futuras aplicações de medidas corretivas.

3. ORGANIZAÇÃO DOCUMENTAL: DA CONCEPÇÃO TECNICISTA AO ASPECTO MULTIDIMENCIONAL CIENTÍFICO.

A classificação é reconhecida pela literatura arquivística como operação matricial para organização documental e, feita a posteriori, precede o processo de ordenação dos documentos dentro das séries ou unidades classificadas. As atividades de classificar e ordenar envolvem conhecimentos estruturais e funcionais acerca da instituição em que se pretende aplicar e da própria epistemologia do processo classificatório. Toma-se emprestado de outras áreas do conhecimento alguns conceitos essenciais como o da teoria da classificação e da estrutura organizacional. Tendo o processo de ordenação documental como atividade sequencial ao da classificação, verifica-se que são atividades que mantêm estreita relação e, por isso, indissociáveis. Portanto, a consecução de uma exige, inevitavelmente, o desenvolvimento da outra. Sendo assim, não podem ser consideradas atividades estanques, encerradas em si mesmas, mas complementares e que dão sentido ao sistema arquivístico, possibilitando a compreensão do todo a partir das partes e, até certo ponto, das partes a partir do todo. A esse respeito, visando estabelecer princípios acerca de tema tão relevante, Herrera (1991) observou que Pedro Lopez Gomez² compreendia que a organização arquivística deve ser apreendida sob duas dimensões distintas:

Pedro López la ha definido como "la operación intelectual y mecánica por la que las diferentes agrupaciones documentales se relacionan de forma jerárquica con criterios orgánicos o funcionales para revelar su contenido e información". Reconoce dos dimensiones, un antes y un después, que al adjetivarlas (intelectual y mecánica) dificilmente pueden identificarse. A la dimensión intelectual de dicha operación corresponde, como vamos a ver, la clasificación, a la dimensión mecánica, la ordenación. (HERRERA, 1991, p.253)

Diante dessas observações, entendemos que antes de abordar especificamente o tema da classificação e ordenação, faz-se necessário tecer alguns comentários para nos situarmos, tanto quanto possível, no contexto epistemológico que leva a uma classificação e ordenação embasada em princípios teóricos sólidos o bastante para que tenham eficácia e sejam perenes.

Os Arquivos, ainda que concebidos sob o clássico conceito da tradição arquivística técnico-historicista e custodial, aquele mesmo definido pelo Art. 2° da Lei n° 8.159/1991, como "conjuntos de documentos produzidos e recebidos por órgãos públicos, instituições de caráter público e entidades privadas, em decorrência do exercício de atividades específicas,

²LÓPEZ GOMEZ, Pedro; GALLEGO DOMINGUEZ, Olga: *A rchivos* y documenta*ción*, «Actas de las III Jornadas de documentación automatizada», Palma de Mallorca, 1990, págs. 85 y ss.

bem como por pessoa física", são alvo de estudo de inúmeros pesquisadores que buscam estabelecer princípios teóricos intuindo embasar as atividades e operações técnicas empregadas na organização arquivística desde a produção dos documentos até a sua destinação final.

Durante o desempenho das funções e atividades de qualquer instituição, os documentos por ela produzidos vão sendo acumulados como sedimentos de uma atividade que, para se efetivar, precisa formalizar transações através dos tais documentos que são a representação legal de cada ato praticado. Assim, os documentos estabelecem estreitas relações entre si, onde o seu significado está intrinsecamente relacionado com todo o contexto organizacional, formando um todo indivisível com características tais que podem ser compreendidas como sistemas de informação, independentemente do suporte utilizado. São, portanto,

unidos por um elo que é criado no momento em que são acumulados, o qual é determinado pela razão de sua produção e o qual é necessário à sua própria existência e à sua capacidade de cumprir seu objetivo. Os registros documentais são um conjunto indivisível de relações intelectuais. (SOUSA, 1995, p.3)

Garantir que esses documentos estejam preservados na sua integridade física/informacional e prontamente acessíveis quando deles se fizer necessário o uso é parte da tarefa do profissional arquivista que tem a missão de compreender essas relações e definilas, para trazer à luz um plano de classificação que represente todas essas inter-relações, revele a estrutura orgânico-funcional e possibilite a recuperação da informação sem prejuízo de tempo, teor e qualidade informacional para a organização. Nesse sentido, verifica-se que para a arquivística os documentos são indissociáveis do contexto organizacional, logo não podem ser compreendidos separadamente do conjunto ao qual pertencem. Assim, os conceitos clássicos dos princípios arquivísticos dão o tom da discussão acerca da inter-relação documental e da ligação destes com o organismo produtor.

Buscando estabelecer critérios para apreensão dessa relação, Bellotto (*apud* VALENTIM, 2012, p.12) elenca os princípios entendidos como essenciais para a compreensão da organicidade documental, observando que o princípio de proveniência estabelece que o documento deve manter sua identidade com o produtor/acumulador; o princípio de unicidade é aquele em que se entende que o documento é único em relação ao contexto de origem; o princípio de originalidade define que o documento reflete a estrutura, função e atividade da organização produtora/acumuladora; e que o princípio de

indivisibilidade é aquele em que o documento deve manter a integridade original, de forma a manter seu real significado.

3.1 A CLASSIFICAÇÃO

A classificação percebida, então, como tarefa essencial da intervenção arquivística dentro da dimensão intelectual do processo de organização documental, configura-se como uma das principais etapas da atividade funcional do arquivista. Aplicada aos documentos em fase corrente, admitindo-se a perspectiva da teoria das três idades, Herrera (1991, p.344) aponta que

el archivero debe tener elaborado, previamente, en un fichero un cuadro de clasificación que refleje la estructura interna (orgánico-funcional) de la institución. La integración en su clase (sección, subsección) y la ordenación de la documentación dentro de su serie en este ficheiro.

Nesse mesmo sentido, Bellotto (2006, p.164) admite que "o princípio a ser observado é que os arquivos devem ser classificados de modo que reflitam, claramente, a organização e as funções que os produziram". A autora, que entende a teoria de respeito aos fundos como universal e incontestável, cita o americano Waldo Leland como sendo autor do enunciado da teoria da classificação arquivística, onde, segundo ela, ele afirma de forma clara e irrefutável que

cada órgão oficial é uma unidade administrativa e seus documentos formam um grupo homogêneo (um fundo, na terminologia dos países latinos) que reflete suas atividades. Esse grande grupo (fundo) naturalmente se divide em subgrupos (grupos) e estes em séries. (WALDO LELAND *apud* BELLOTTO, 2006, p.164).

A renomada arquivista e autora espanhola Antonia Heredia Herrera, entretanto, ainda no século passado, em 1991, em um livro intitulado "Archivistica General: teoria y pratica", entendia que "el respeto al origen y al orden natural nos da la clave de lo que es organización en cualquier archivo, o mejor en cualquier fondo o equivalente". (HERRERA, 1991, p. 253). Dessa forma, a autora admitia que, mesmo seguindo os princípios de respeito à ordem original e natural de produção dos documentos para nortear a classificação e ordenação, o princípio de respeito ao fundo poderia ser substituído por outro que proporcionasse melhor lastro teórico para fundamentar as operações que levem a uma organização documental não apenas técnica, mas, e fundamentalmente, de base científica.

Não obstante as tentativas de se estabelecer um referencial teórico para fundamentar a prática arquivística, a urgência de se fazer uma organização emergencial na documentação da maioria das instituições brasileiras, objetivando minimizar os problemas causados pela desinformação resultante do caos documental, tem gerado problemas de ordem prática de difícil solução.

Sousa (1995a, p.2) observa que a organização documental, quando existe, fundamenta-se no empirismo e na improvisação. Acrescenta ainda que os métodos utilizados oscilam entre a fragmentação dos dossiês de assunto, o arquivamento de espécie documental, por ato de recebimento ou expedição, pela numeração etc. O autor verifica que não há critérios específicos para a denominação dos dossiês e dos conjuntos documentais, pois, segundo ele, os nomes são criados aleatoriamente e, muitas vezes, dissociados dos elementos que representam.

O autor, entretanto, reconhece que não significa que os métodos empíricos e improvisados pelos quais os postos de trabalho organizam seus documentos não funcionem. Eles são suficientes, segundo ele, para atender às principais necessidades. Porém, alerta para o fato de que, apesar de atenderem às necessidades imediatas,

Paradoxalmente, esses métodos não garantem que o arquivamento e a busca à informação contida nos arquivos sejam acessíveis a todos. Em cada setor, o funcionário responsável pela documentação imprime uma característica própria ao método, o que impossibilita a sua operação por outras pessoas. A ausência daquele dificulta, ou, às vezes, impede a recuperação da informação. A melhoria das condições de organização só é lembrada quando se procura uma informação e esta não é encontrada. Os documentos não são eliminados, mas também não são tratados de forma técnico-científica. (SOUSA, 1995a, p. 3)

Gonçalves (1998, p.11) discorre sobre classificação e ordenação e faz o que ela mesma chama de aproximação entre os temas e observa que,

tanto a classificação quanto a ordenação estão a serviço da organização dos documentos. Do ponto de vista arquivístico, convém que ambas estejam articuladas, para que a organização possa resultar eficiente. (GONÇALVES, 1998, p.11)

Para ela, há duas dimensões importantes entre a classificação e a ordenação que se distinguem a partir dos seus objetivos. Quanto à classificação, a autora afirma que seu objetivo é, "basicamente, dar visibilidade às funções e às atividades do organismo produtor do arquivo, deixando claras as ligações entre os documentos", assim, entende que a classificação

é, antes de tudo, lógica. Já quanto à ordenação, a autora observa que cabe a essa operação definir a melhor maneira de dispor fisicamente os tipos documentais.

Considerando a importância das duas atividades, classificação e ordenação, Gonçalves (1998, p. 13) questiona-se sobre a possibilidade de se proceder a classificação sem se fazer a ordenação documental, no que ela mesma responde:

Certamente, é possível classificar sem ordenar, mas não é recomendável (pois a organização dos documentos ficará incompleta). Documentos organizados através de um plano de classificação que não estiverem ordenados por nenhum critério serão mais dificilmente manipulados (o acesso a eles será mais difícil).

Já sobre a questão inversa, ou seja, se é possível ordenar sem classificar, a autora pondera que

Grosso modo, no Brasil, na maior parte dos organismos acumuladores/ produtores de arquivos, é pouco frequente que a organização dos documentos esteja a cargo de um profissional que conheça e aplique ao seu trabalho os princípios técnicos arquivísticos. Assim, é muito raro encontrar, nestes organismos, documentos classificados de acordo com a estrutura ou com as funções que os geraram. Mais comumente, a organização dos documentos de arquivo costuma ser resumida à sua ordenação - após serem separados por tipo ou espécie, são ordenados cronologicamente, alfabeticamente ou numericamente. (GONÇALVES 1998, p. 13)

Paes (2004, p. 60-61), observa que a tarefa da classificação exige conhecimentos não só de natureza administrativa, mas também da natureza dos documentos a serem classificados. Desse modo, acrescenta que organizar arquivos não é tarefa fácil, e que a escolha do método ideal de classificação é primordial para que atenda a sua finalidade precípua, que é o acesso pleno aos documentos. A partir desse ponto a autora passa a apresentar métodos de ordenação, parecendo assim, incorrer no problema citado por Herrera (1991, p.254-255) quanto à confusão terminológica envolvendo a classificação e a ordenação, onde, segundo a autora espanhola,

Existen, pues, dos términos: clasificar y ordenar, referidos a la documentación de archivos que continuamente se utilizan pero com cierta indistinción, incluso por parte de los profesionales, hasta el punto de definir que «ordenar es clasificar el material» o a la inversa, como también se ha escrito, que «clasificar es la acción de ordenar o disponer por clases»

A autora reconhece que as atividades são intimamente correlatas e sequenciais, portanto, são complementares, porém os diversos autores que as tomam como distintas não delimitaram os campos de uma e de outra nem fixaram seus conceitos solidamente.

O tema, percebe-se, é vasto e complexo, e sua abordagem intuindo a busca de um referencial teórico de cunho científico parece ser uma preocupação há anos. Nesse sentido Sousa (2004, p.1) comenta que "a importância apontada pela literatura da área não teve, no mesmo nível, o estabelecimento de um ferramental teórico-metodológico consolidado". O autor acrescenta que fala-se e trabalha-se com classificação sem agregar o desenvolvimento desse conceito proporcionado pela filosofia e pela teoria da classificação. Isso ocorre, segundo ele, de forma que os caminhos são escolhidos para serem seguidos, porém, os meios para percorrê-los não são apresentados, sendo desenvolvidos objetos de características e natureza diferentes dos da arquivística.

Buscando estabelecer uma teoria baseada no pensamento filosófico para o problema da classificação, Piedade (*apud* SOUSA, 2004, p.79) postula que, de modo geral, as classificações

Surgem quando se compreendeu que o universo é um **sistema harmônico**, **cujas partes estão dispostas em relação ao todo**, **que há uma hierarquia das causas e dos princípios** e, portanto, uma hierarquia em relação entre as ciências que os estudam, e resolveram esquematizar essas hierarquias, criando classificações filosóficas. (*grifo nosso*)

A partir desse viés filosófico, tem-se que a observação do problema sob a perspectiva da teoria de sistemas parece ganhar um norte logicamente mais consistente. Observam-se preliminarmente alguns aspectos importantes tais como: um sistema harmônico, partes interrelacionadas e uma hierarquia de causas e princípios.

Jordán (2003) apresenta de forma bastante clara um conceito de sistema que nos dá a possibilidade de entendimento e de associação com os princípios arquivísticos tal que justificaria a compreensão das relações estabelecidas entre os documentos, o organismo produtor e os arquivos:

El sistema es un conjunto de objetos unidos entre sí com un fin común. Es el sistema que proporciona una estrutura, el que nos permite visualizar factores relacionales externos e internos. Los sistemas aplicados a las operaciones de las instituiciones y empresas son necessariamente complejos, los conceptos de sistemas ayudan a resolver algunas de essas complejidades, al mismo tempo que ayudan a la gerencia o la jefatura a conocer la naturaliza de los problemas complejos, y com ello, trabajar em um ambiente conocido. Un sistema es un todo organizado, un conjunto o combinación de cosas o partes que forman un todo unitario, un conjunto de elementos interrelacionados com un objetivo en comun. (JORDÁN, 2003, p. 148-149)

Tendo absorvido essa perspectiva como ponto de partida para suas pesquisas, os portugueses Silva *et* al. (2009, p.36) perceberam que o estudo da arquivística não pode ser

encarado como "um mero conhecimento técnico encerrado nos limites convencionais da transferência da informação (manipulação, ordenação, classificação intelectual e difusão)", os autores são categóricos ao afirmar que a disciplina deve estar estruturada a partir de

um conhecimento científico que integra essa dimensão técnica, a pratica e a problematiza, contextualizando-a, interrogando-lhe os sentidos explícitos e implícitos e interpretando-a através de leis, de hipóteses e de teorias passíveis de contínuas confirmações ou infirmações. (SILVA *et* al. 2009, p. 36)

Os autores, então, defendem que o estudo dos arquivos deva ser desenvolvido a partir da teoria de sistemas. Consideram, como ponto de partida dessa perspectiva, o Arquivo como

Um sistema (semi)-fechado de informação social materializada em qualquer tipo de suporte, configurado por dois fatores essenciais — a natureza orgânica (estrutura) e a natureza funcional (serviço/uso) — a que se associa um terceiro — a memória — imbricado nos anteriores. (SILVA *et al.* 2009, p. 214)

Preconizando que a arquivística deva ser uma ciência para além do meramente instrumental ou técnico, substituindo o primado do fazer pelo do conhecer, os autores compreendem que, para haver conhecimento arquivístico, o objeto cognoscível – o arquivoterá de surgir ampliado na sua natureza, sugerem então, o que chamam de arquivo total. Assim, consideram o Arquivo não apenas como uma "mera soma de 'fundo' (conjunto orgânico de documentos) mais 'serviço' (instituição ou serviço responsável...)", mas, sobretudo, uma unidade integral e aberta ao contexto dinâmico e histórico que a substancializa. Assim, para Silva *et* al. (2009, p. 213), a noção de sistema oportunamente preenche as necessidades cognoscíveis acerca do estudo dos arquivos, pois podem, e devem, ser compreendidos como conjuntos de elementos identificáveis, interdependentes por um feixe de relações e que se perfilam dentro de uma fronteira. Esclarecem que

ao contrário da noção de "fundo", a noção de "sistema" é não só abrangente, com também dinâmica e, por isso mesmo, integradora. Neste sentido, pode postular-se com rigor, que os sistemas (semi-)fechados tendem a um máximo de abertura possível, diminuindo, nesse estado, o fator organicidade em favor de um reforço do fator funcionalidade. (SILVA *et al.* 2009, p.41)

Imbuídos na perspectiva da teoria de sistemas como ponto base para a compreensão do "porque fazer" arquivístico, os autores portugueses entendem que os arquivistas, tendo a tradição tecnicista como caminho naturalmente mais acessível, tendem a

prosseguir na via do empirismo eclético, todo voltado para a integração das novidades tecnológicas no "velho" quadro da prática funcional de classificação, ordenação, representação descritiva e difusão de informação

escrita (ainda e sempre balizadas pelos limites formais da noção de "fundo") no entanto esta não é e nem poderá ser por muito mais tempo a solução que urge "agarrar", pela simples razão de que ela se reduz a um paliativo perverso, incapaz de romper com o impasse teórico existente, aumentando-o perigosamente. (SILVA *et* al., 2009, p. 208)

A partir dos diversos pensamentos apresentados acerca da teoria da classificação arquivística e considerando os princípios clássicos da disciplina, tais como a proveniência e a ordem original e, considerando dentro desses princípios, as inter-relações orgânicas do contexto de produção documental, claro está que o tratamento documental, notadamente a classificação e a ordenação, embasados sob a perspectiva da teoria de sistemas surge como alternativa científica ao processo realizado sob a perspectiva do conceito de fundo.

Tendo traçado o esboço de um caminho para se compreender o processo da classificação, prossigamos agora o caminho dando sequência ao processo que sucede a classificação. Observemos em separado, até quanto possível, o que tem sido dito a respeito da ordenação documental.

3.2 A ORDENAÇÃO

Definidas as condições para a classificação e compreendendo-a como predecessora do processo de ordenação, é hora de buscarmos um entendimento acerca deste processo que apresenta-se como sequencial àquele e que define a disposição física dos documentos dentro das séries anteriormente classificadas. É por isso que a ordenação é compreendida como a dimensão técnica do processo de organização dos documentos.

A localização dos documentos dentro das séries documentais definidas na classificação só é possível se os documentos estiverem devidamente ordenados. Além disso, outros fins dependem diretamente dessa atividade para que sejam atingidos. Nesse sentido, Jordán (2006) orienta que

el papel de los archivos desordenados no favorece la perduración de los documentos, ni permite una adecuada seleción documental. La ordenación documental de los archivos se convierte en una tecnica que adecua el control para el archivero. (JORDÁN, 2006, p. 17)

O autor observa que tanto a classificação como a ordenação não são e não podem ser subjetivas, mas obedecem a fatores preestabelecidos pelo organismo que produz a documentação e onde se efetiva a organização documental. Jordán (2006, p. 46-51) verifica

ainda que o problema da ordenação está intimamente ligado à confusão terminológica da arquivística, visto que, mesmo tendo os princípios de proveniência e da ordem original como norteadores para se adotar uma ordenação viável, em grande parte dos casos, a ordenação acaba por não respeitar a ordem dada pelo organismo ou departamento produtor/receptor da documentação. O autor, porém, esclarece que

Ni ordenar es clasificar, ni clasificar es ordenar, quando vemos una definición que enuncie 'ordenar és classificar' o lo contrario, cuando vemos que dicen "classificar es la acción de ordenar", es evidente que no están muy claros los conceptos. Independiente de que obviamos un principio de la logica, la que enuncia que una cosa no puede ser outra en el mismo tempo y espacio. (JORDÁN, 2006, p. 51-52)

E conclui seu pensamento acerca dessa problemática observando que "clasificar e ordenar son dos técnicas, perfectamente diferenciadas y esenciales, dentro de las cada vez más complejas tareas que desempeñan los archiveros". (JORDÁN, 2006, p. 54)

Debruçando-se sobre o tema, Herrera (1991) apresenta indícios da origem do problema terminológico, apontando a proximidade conceitual das práticas arquivísticas e o uso de termos provindos de outras áreas do saber:

El confusionismo ha llegado hasta hoy. Hay razones que lo explican aunque no lo justifican. La falta de claridad quizá venga dada, bien por el hecho de la simultaneidad de ambas operaciones en la producción documental de archivos administrativos -como veremos-, bien por el empeño de los archiveros de huir de la similitude con la terminología bibliotecaria: eluden el término clasificación sustituyéndolo, hasta recientemente, por la palabra ordenación. Ha habido un sector de la profesión que, distinguiendo claramente una y otra, ha hecho la sustitución de clasificación por organización para poder contraponerla a ordenación. (HERRERA, 1991, p. 255)

Em uma publicação mexicana do "Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI)", intitulada "Gestión de Documentos y Administración de Archivos: Colección Cuadernos Metodológicos Cuaderno", José Antonio Deleón (2011), se apercebendo da problemática, adverte que

La *ordenación* no es igual a la *clasificación*. La primera es un componente más del proceso clasificatorio; por eso no puede afirmarse que la documentación esté *clasificada* em forma alfabética o numérica solo porque haya sido *ordenada* de esa manera. Para que realmente esté clasificada, sus componentes individuales (los expedientes asociados a cada serie) deben haber sido identificados, agrupados y sistematizados con la utilización de códigos simples, perfectibles y actualizables. (DELEÓN, 2011, p. 45)

O autor se alinha ao pensamento que aponta a confusão terminológica como causadora de grande parte dos problemas enfrentados pela efetivação das ações de classificação e ordenação, porém, tal qual vários teóricos de língua latina, considera a ordenação como processo complementar ao da classificação e percebe que, assim como a classificação permite ter um controle intelectual, a ordenação permite o controle material dos documentos.

Aludindo a um eficiente serviço de recuperação da informação, Paes (2004, p.60) observa que mais importante, pois, do que guardar (arquivar) é achar, rapidamente (recuperar as informações), no momento desejado. Em um dos capítulos do seu livro "Arquivo: teoria e prática", Paes (2004) mergulha na confusão terminológica de modo que ao anunciar que abordará o tema da classificação passa, então, a descrever o que ela entende por "métodos de arquivamento", confundindo, assim, também o leitor. Em sua discussão sobre classificação, a autora faz uma descrição dos tais "métodos de arquivamento", não deixando suficientemente claro se sua intenção é abordar especificamente a classificação ou a ordenação:

A tarefa de classificar documentos para um arquivo exige do classificador conhecimentos não só da administração a que serve, como da natureza dos documentos a serem classificados. Cada ramo da atividade exige um método diferente, adequado à suas finalidades. Daí o problema difícil, quando se quer organizar um arquivo, da escolha do método ideal de classificação para que a finalidade precípua do arquivo, que é o acesso aos documentos, seja plenamente atingida. (PAES, 2004, p. 60-61) (grifo nosso)

A autora apresenta o que ela chama de métodos de arquivamento informando que a sua aplicação é determinada pela natureza dos documentos a serem arquivados e pela estrutura da entidade. Não mencionando a possibilidade de uma organização funcional e a adoção do método a partir da definição da classificação ou por uma perspectiva que defina claramente os elementos que determinam essa organização, a autora nos apresenta os métodos, os quais condensamos no quadro a seguir:

Quadro 01. Categorização dos métodos de ordenação de documentos segundo Paes (2004)

	Alfabético			
	Geográfico			
	Numéricos	Simples		
		Cronológico		
Métodos Básicos		Dígito-terminal		
	Ideográficos	Alfabéticos	Enciclopédico	
			Dicionário	
		Numéricos	Duplex	
			Decimal	
			Unitermo ou indexação coordenada	

Métodos Padronizados	Variadex
	Automático
	Soundex
	Mnemônico
	Rôneo

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de Paes.

Gonçalves (1998, p.12-13) reconhece que as atividades de classificar são simultâneas e, devido à função de complementaridade entre ambas, considera-as de forma conjunta, tendo como objetivo básico facilitar e agilizar a consulta aos documentos, porém, verifica que "mais comumente, a organização dos documentos de arquivo costuma ser resumida à sua ordenação – após serem separados por tipo ou espécie, são ordenados cronologicamente, alfabeticamente ou numericamente".

A autora enfatiza que a ordenação dos documentos deve ser feita com base nos elementos informativos contidos nos documentos, elencando os elementos mais comumente tomados como referência, a saber: a) número do documento (atribuído pelo emissor ou receptor); b) data; c) local de procedência; d) nome do emissor ou destinatário; e e) objeto ou tema específico do documento. (GONÇALVES, 1998, p.29-30)

Schellenberg (2006, p.120) chama de "sistemas de arquivamento" o que para a maioria dos autores é denominado de "métodos de ordenação". Chamamos a atenção para o caso americano do tratamento documental que, além de sofrer dos mesmos "males" advindos da confusão terminológica, ainda faz a separação conceitual entre os termos "archives" e "records management", determinantes para o tratamento documental. O autor, então, considera que

Os sistemas modernos de arquivamento dividem-se em vários tipos: a) os que arquivam as unidades em sequência numérica; b) os que arquivam as unidades, quer se refiram a pessoas, assuntos ou lugares, em sequência alfabética; e c) os que arquivam as unidades numa ordem racional, de acordo com um esquema de classificação. Há também a observar os que resultam de combinação dos tipos citados. (SCHELLENBERG, 2006, p. 120-121)

Para González (2003, p. 06), a ordenação documental começa ao se encerrar o processo de classificação, aplicando-se às séries que podem estar bem classificadas, porém desorganizada internamente. "Es como tener todas las piezas necesarias de un mecanismo, pero sin ensamblar, sin conexiones", enuncia. A autora observa que

Si la clasificación se puede entender como un proceso mediante el cual se establecen las diferenciaciones de las agrupaciones documentales, teniendo en cuenta el principio de procedencia, la ordenación se puede entender como el proceso mediante el cual se establecen con claridad las relaciones entre los documentos de una serie. Dicho de otra manera, la clasificación relaciona grupos documentales entre sí en tanto que la ordenación relaciona las unidades documentales simples o complejas entre si y pertenecientes a una misma serie. Si la clasificación hace referencia a la estructura documental, la ordenación hace referencia a la secuencia, a las relaciones de causa-efecto, continuidad e interdependencia entre los documentos en una serie. (GONZÁLEZ, 2003, p. 06)

A autora argumenta ainda que a ordenação não é apenas uma disposição física dos documentos, também é o testemunho da gestão, dos trâmites que deram origem a tais documentos, pois reflete a dinâmica administrativa. Segundo ela, esse processo arquivístico contribui, em primeiro lugar, à organização administrativa através da organização documental e, em segundo lugar, ao conhecimento histórico. E conclui seu pensamento observando que

La ordenación bien hecha facilita el acceso a la información gracias a la pertinente ubicación de los documentos y a su rápida localización posterior; facilita la comprensión documental pues el arreglo físico es información contextual y, por último, al disponerse todos los documentos necesarios en el orden que es debido, se facilitan el estudio y los análisis de contenido. Es como tener las piezas necesarias de un mecanismo correctamente ensambladas o encajadas, para que funcione. (GONZÁLEZ, 2003, p. 07)

Ante as perspectivas apresentadas e segundo o pensamento e as constatações dos diversos autores citados, é possível esquematizar em um quadro os diversos pontos de vista acerca dos métodos de ordenação documental e os critérios a serem observados para a escolha do método adequado. Ressalte-se, entretanto, que o método a ser escolhido deva visar o respeito tanto das funções administrativas quanto da estrutura organizacional e, essencialmente, possibilitar a recuperação eficiente dos documentos.

Não são poucos os critérios preconizados pelos autores citados para se chegar a uma ordenação documental, alguns consideram pontos preconizados por outros e acrescentam elementos importantes, outros, no entanto, buscam determinar padrões aplicáveis genericamente. Nota-se que, além de não haver consenso entre a escolha dos métodos e na adoção dos critérios, o problema terminológico apresenta-se como uma constante entre as várias correntes, alude-se inclusive ao problema da língua e a deficiência na tradução dos termos. Não se percebe, entretanto, dentre todas as descrições apresentadas, uma linha de pensamento que indique cientificidade suficiente para explicar, no contexto da disciplina arquivística, as operações nas duas dimensões apresentadas: classificação e ordenação.

Quadro 02: perspectiva de ordenação documental segundo os autores citados

Autor	Critérios para escolha do método	Métodos
Herrera (1991)	 A ordenação arquivística dos documentos se faz a partir de um dos elementos (data, nome de pessoas, lugar ou assunto); Cada série exigirá um tipo de ordenação independente; Há uma ordem entre as unidades que integram cada série e outra para cada unidade arquivística; Além da ordenação dos documentos existe uma ordenaçãoda informação (índices) com vistas à sua recuperação. 	Cronológica; Alfabética; Numérica.
Gonçalves (1998)	 Tipos de busca a que os documentos estão sujeitos; De acordo com a conveniência da entidade produtora do arquivo; Deve basear-se em elementos informativos contidos nos documentos. 	 Numérico simples; Cronológico; Numérico-cronológico; Alfabético; Geográfico; Temático.
Jiménez Gonzáles (2003)	 Respeito à ordem original; Manuais de procedimentos guiam o restabelecimento da ordem original; O sistema de ordenação se subordina às características de cada série. 	 Numéricos (simples e cronológicos); Alfabéticos (onomásticos, toponímicos e temáticos); Mistos ou alfanuméricos
Paes (2004)	O método de arquivamento é determinado pela natureza dos documentos a serem arquivados e pala estrutura da entidade.	Básicos - Alfabéticos - Geográficos - Numéricos (simples, cronológico, dígito- terminal); - Ideográficos (alfabéticos e numéricos) Padronizados (variadex, automático, soundex, mnemônico e rôneo).
Jordán (2006)	 A ordenação está sujeita aos fatores de formação do arquivo de acordo com as necessidades primárias do documento e da instituição (ordenação primária); Na fase intermediária a ordenação se dá tal qual a primária, porém, devido ao grande volume, os documentos serão ordenados por ações, por suas 	 Ordenação primária Ordenação secundária Obs: o autor não descreve métodos claramente distintos, porém menciona que os documentos devem estar dispostos sob sequência numérica tanto

	respectivas funções e atividades que	na ordenação primária
	constituem os feitos geradores dos documentos (ordenação secundária).	quanto na secundária).
Schellenberg (2006)	 Para cada tipo de documento deve-se aplicar o sistema de arquivamento que mais se adapte, e de modo uniforme para cada tipo; O sistema escolhido deve ser simples, flexível e expansível. 	 Numérico; Alfabético; Ordem racional (de acordo com o esquema de classificação); Combinados.
Deleón (2011)	 O tipo de documentação que se ordena; A necessidade dos usuários e o pessoal de arquivo para a localização dos documentos; A distribuição de espaço de armazenamento; A tecnologia disponível para facilitar o acesso. 	 Alfabético; Numérico; Cronológico; Geográfico; Cromático; Estrutural ou misto

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Silva et al. (2009, p. 217-226), na contramão do paradigma técnico-descritivo, sugerem um método de investigação científica alternativo às técnicas utilizadas ao longo de mais de cem anos de prática arquivística. Sob a perspectiva da teoria sistêmica os autores apresentam o que chamam "método quadripolar" que determinam os rumos da investigação científica. Os autores advertem que

O método arquivístico constitui-se como dispositivo de investigação complexo, por exigência de um conhecimento que está longe de ser unidimensional, de ser desprovido de variáveis ou de ser circunscrito apenas à tecnicidade dos procedimentos padronizados [...]. As técnicas aplicadas habitualmente à custódia, tratamento e comunicação dos "fundos" e consideradas pela arquivística descritiva como metodologia específica da disciplina, já não resistem sequer a um leve confronto com o dispositivo metodológico ao qual a arquivística científica parece adequar-se melhor. (SILVA et al., 2009, p.220)

A partir da análise do modelo apresentado por Silva *et* al. (2009), em comparação com o método clássico de pesquisa, é possível perceber que, no processo investigativo que se desenvolve de forma linear e contínua, a metodologia segue um percurso unidimensional, onde, na medida em que se avança para um próximo passo, o pesquisador, de certa forma, abandona o ponto anterior. Assim, o primeiro ponto abordado, o objeto de estudo, fica esquecido enquanto se busca conhecer a literatura da área, daí passa-se para a aplicação da pesquisa propriamente dita, onde a percepção do objeto e a literatura são ligeiramente

abandonados e, finalmente, a apresentação dos resultados onde, não raro, a abordagem dos pontos anteriores fica esquecida, ideia essa expressa no figura:

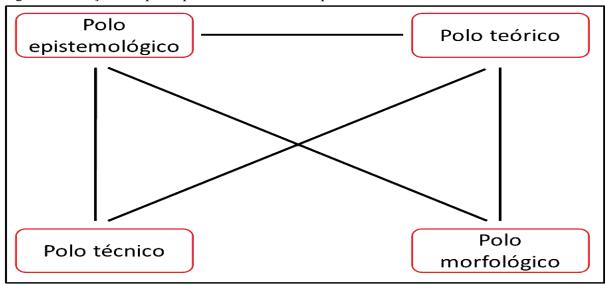
Figura 1: representação gráfica do processo linear de pesquisa



Fonte: Elaborado pelo próprio autor a partir das leituras sobre metodologia da pesquisa

Assim, o método apresentado por Silva *et* al (2009) para investigação científica no âmbito dos arquivos, nos serve de modelo para poder evidenciar que a pesquisa pode, e deve, buscar ampliar a construção do conhecimento na medida em que se amplia a metodologia e a abordagem adotada pelo pesquisador. A seguir reproduzimos a representação gráfica do método quadripolar com as interações interpolares segundo a concepção dos próprios autores.

Figura 2: interação dos quatro polos do método da Arquivística



Fonte: Silva et al (2009, p.225)

Analisando-se o método quadripolar da arquivística segundo Silva *et* al (2009), e confortando-o com o modelo apresentado na figura 1, é possível perceber uma diferença fundamental e determinante para o pesquisador: Na pesquisa tradicional, quanto mais o

pesquisador avança em uma dimensão linear no desenvolvimento do seu estudo, mais se afasta das fases anteriores, enquanto que, sob a perspectiva do método desenvolvido pelos portugueses, o investigador científico não só conserva o polo inicial, como também agrega outros elementos metodológicos a cada fase percorrida.

Essa comparação poderá ser aclarada observando-se a figura 3, onde intencionamos comparar as duas possibilidades metodológicas, em que, utilizando-se o método quadripolar, quanto mais se aprofunda na pesquisa, mais se abrem as possibilidades investigativas, pois, em vez de se manter na mesma direção, esse método permite uma abertura multidimensional em que torna-se possível a agregação dos elementos da pesquisa a cada etapa concluída.

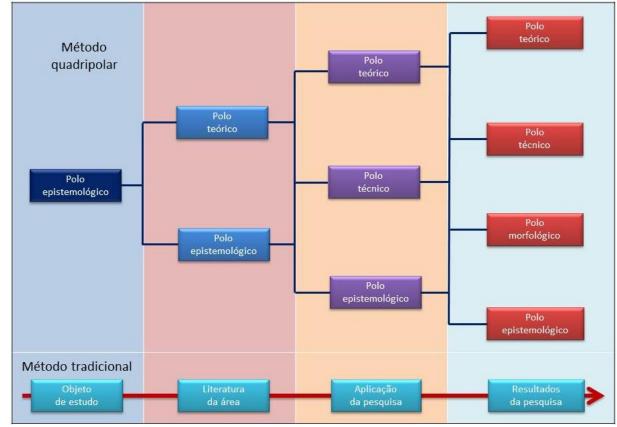


Figura 3: Esquema comparativo entre o método quadripolar e o tradicional de pesquisa

Fonte: Elaboração do próprio autor a partir de Silva et al (2009)

Jordán (2003, p. 266) coloca que "o método sistêmico" atende às necessidades para se chegar a uma configuração das realidades que interessam ao arquivista pesquisador que traz consigo a compreensão da interdisciplinaridade arquivística. O autor entende que esse método torna-se uma ferramenta de gestão adequada na percepção dos fenômenos, por isso configura-se como uma maneira de observar a realidade física da organização institucional.

Esse mesmo autor compreende que o método sistêmico se sustenta na composição de modelos que se constituem em um meio adequado para construir quadros representativos da realidade. Assim, apresenta quatro funções básicas do modelo sistêmico:

- La organizativa: consiste en la capacidade de ordenar y relacionar datos articulados, mostrar similitudes o conexiones que non fueron percebidas por otros métodos.
- La Heurística: que lleva ao descubrimiento de nuevos hechos y nuevos métodos.
- La predictiva: consiste en observar pautas de distribución de datos conocidos, proyectar provisionalmente una pauta similar hacia certo sector de lo estudiado, sobre el cual non contamos aún con datos de primera mano.
- La de medición o mensurativa: que assume distintas formas segun la naturaliza de aquello que estude. (JORDÁN, 2003, p. 267)

Percebendo, pois, que a investigação arquivística levada a cabo a partir de uma abordagem sistêmica, constitui-se em um meio de se conhecer o objeto a partir de conceitos e teorias verificáveis. Vimos que, tanto para Silva et al. (2009) quanto para Jordán (2003), o modelo sistêmico estende-se por todas as dimensões do universo arquivístico, respeitando a sua organicidade e inter-relações, integrando-as, não se prendendo a uma mera soma de técnicas desconexas e isoladas. Sob essa perspectiva multidimensional apresentada é que situamos o lócus epistemológico do nosso trabalho monográfico desde a pesquisa até a apresentação dos resultados, por considerar que o campo científico em que nos inserimos encontra subsídios suficientemente sólidos para dar firmeza e consistência aos resultados adiante apresentados.

4. O SUS E A REDE DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Nos últimos anos, a realidade da saúde em todo o mundo tem mostrado uma série de mudanças do ponto de vista político, econômico, social e ético que afetaram os sistemas de saúde. Ainda mais presentes nos países emergentes, tais mudanças foram determinantes para a adoção de políticas públicas de inserção das populações mais periféricas em um sistema que apresentasse características onde os conceitos de universalidade, equidade e integralidade fossem compreendidos para a efetivação do amplo exercício do direito à assistência à saúde, da cidadania e do atendimento humanizado nas redes prestadoras desse serviço.

O Sistema Único de Saúde - SUS, foi criado no Brasil em 1988 com a promulgação da nova Constituição Federal e tornou o acesso à saúde direito de todo cidadão. O texto constitucional expressa categoricamente esse direito a partir do disposto no seu Artigo 196, ao determinar que

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Até a promulgação dessa lei, o modelo de atendimento em saúde no país dividia, de forma desigual e excludente, os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados, os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada) e os que não possuíam direito algum.

A implantação do SUS unificou, em todo território brasileiro, todos os pontos de atendimento especializado em serviço de saúde da administração pública, que antes de 1988 era responsabilidade de vários ministérios. Transformou toda essa estrutura em um único sistema, vinculado exclusivamente ao Ministério da Saúde e descentralizou sua gestão que era gerida apenas pelo Poder Executivo Federal e passou a ser administrada, também, pelos Estados e municípios, dessa forma, a gestão da saúde foi consolidada em um modelo tripartite. Essa condição de Sistema Único de Saúde ficou, então, definida e regulamentada com a publicação da Lei N° 8.080 de 1990, que em seu artigo 4° define que

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

Para melhor gerir a atenção à saúde, que a partir daquele momento passava a ser compreendida numa lógica de assistência integral, em 1998 foi editada pelo Ministério da

Saúde a Portaria N° 2.121/1998, implementando o que se convencionou chamar de Piso da Atenção Básica (PAB), que, na prática, é um plano de gestão que define a política de financiamento da saúde em todo país por grau de complexidade na assistência, definindo a Atenção Básica como responsabilidade do Distrito Federal e dos municípios e a Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar sob a responsabilidade dos Estados.

Vale lembrar que, para se adequar aos requisitos de financiamento do PAB, cada município precisa estar de acordo com algumas determinações, tal como observa Souza (2002, p.19):

[...] enquanto os recursos do PAB fixo são transferidos tendo por base o valor *per capita*, o valor do PAB variável depende da adesão do município a programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde, tais como os Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família e de Combate às Carências Nutricionais e a ações estratégicas, como a Farmácia Básica e as Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

Desta feita, o ministério da saúde determina que a Atenção Básica à Saúde compreende um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, que engloba a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação e constitui o primeiro nível da atenção do Sistema Único de Saúde. O papel principal da atenção básica à saúde é funcionar como de porta de entrada para o SUS, pois é a partir desse nível assistencial que o usuário busca os serviços de saúde. Essa estratégia contribui, de forma efetiva para o reordenamento dos demais níveis de complexidade do sistema de saúde, mantendo, assim, o compromisso com o acesso da população em todos os níveis de assistência.

Os principais programas de saúde que fazem parte da atenção básica foram dispostos na Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde - (PACS). Essa portaria, no entanto, foi reeditada e tornada sem efeito a partir da publicação da Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

4.1 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial de saúde, sendo operacionalizado através da implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF). Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada e deve comportar um número mínimo de profissionais, suficiente para atender à população a ela vinculada, de acordo com o Anexo I da Portaria MS 2.488/2011, onde define que cada equipe de saúde da família deverá estar organizada da seguinte forma:

- I existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;
- II O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;
- III cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

As equipes multiprofissionais atuam tanto no território, quanto na Unidade de Saúde da Família com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes. Além disso, planejam atividades que proporcionem a manutenção da saúde dessa comunidade.

A estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, é um possível resultado apresentado pela evolução histórica da organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade com que tem se expandido o programa da Saúde da Família, avançando por todo o território nacional, comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios e diretrizes. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. Para que seja efetivamente consolidada, faz-se necessário, entretanto, que essa estratégia seja sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços

tradicionais no âmbito dos municípios, pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

Nesse sentido, compreendendo as gritantes diferenças sociais que distanciam entre si os atores sociais brasileiros, Lourenção e Soler (2004, p.159), em seu artigo intitulado "Implantação do Programa Saúde da Família no Brasil", analisam a perspectiva da Saúde da Família, apontando seus objetivos e foco:

O objetivo da Saúde da Família é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional da assistência, orientado para a cura de doenças e hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o território, o que vem possibilitando às Equipes de Saúde da Família (ESF) uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

Nota-se, pois, que a Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS.

4.1.1 A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SUAS ATRIBUIÇÕES

A assistência à saúde no âmbito da atenção básica está, primordialmente, a cargo da Equipe de Saúde da Família, que atua em um território claramente delimitado e é responsável pelo acompanhamento da população que habita nesse território, compreendendo todas as fases do ciclo de vida de cada pessoa da família em sua individualidade.

Para atingir o seu objetivo, a Equipe de Saúde da Família precisa desenvolver mecanismos que produzam eficiência, tanto nas atividades meio quanto nas atividades fim. Para isso, planejam medidas que conduzam à melhoria no processo de trabalho e ao desenvolvimento de técnicas que visem dar mais agilidade no atendimento aos usuários.

As atribuições das Equipes de Saúde da Família estão divididas em duas partes: atividades comuns a todos os membros da equipe e atribuições individuais de cada profissional. Dentre as atribuições comuns a todos os profissionais, existe uma que reflete diretamente na produção e tratamento informacional a cargo da equipe, dando a entender que todos os profissionais devem estar envolvidos no processo de cadastramento das famílias, atualização desses cadastros e desenvolvimento de mecanismos capazes de proporcionar acesso eficaz à informação em tempo hábil, contribuindo para um serviço com qualidade e

eficiência. A esse respeito e em relação à transferência de dados para o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, o Anexo I da Portaria MS 2.488/2011, define que as equipes de saúde da família devem

manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local.

A Equipe de Saúde da família, em todas as suas atribuições, utiliza informações produzidas a partir de formulários e fichas específicas. A partir dessas informações, são produzidos os prontuários familiares, que são instrumentos essenciais para a prestação de um serviço de qualidade. O arquivo dos prontuários familiares em uma Unidade de Saúde da Família é parte essencial do sistema de informação da atenção básica da saúde.

4.1.2 A UBS COMO CAMPO DE PESQUISA

O campo utilizado para execução da pesquisa que forneceu os dados apresentados e discutidos neste trabalho foi uma Unidade Básica de Saúde que está vinculada ao Distrito Sanitário III da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa PB. A UBS em questão foi inaugurada em 06 de julho de 2008, com uma estrutura física capaz de comportar até quatro equipes de saúde distintas, trabalhando então, com essa capacidade máxima. Das equipes de saúde referidas, três (Equipe "A", Equipe "B" e Equipe "C") já existiam antes da inauguração da UBS e funcionavam separadamente, cada uma em um determinado território que lhe era adscrito, no entanto, a Equipe "D" passou a existir após a inauguração da UBS. As equipes já existentes apenas transferiram de endereço, pois as funções e atividades realizadas e a população assistida permaneceram as mesmas, não sofrendo assim nenhuma alteração nem quanto à estrutura organizacional nem quanto à área geográfica delimitada como campo de atuação de cada equipe.

O trabalho das Equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) em número suficiente para prestar

assistência a todas as famílias cadastradas no território correspondente, não sendo permitido um número maior que doze ACSs por equipe. Quando ampliada, a ESF, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de três mil. Ressalte-se que as equipes do PACS não dispõem de médico, dentista e nem seus auxiliares, funciona apenas com uma equipe composta por ACSs e uma enfermeira.

A atuação das equipes ocorre principalmente nas Unidades Básicas de Saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS - é hoje considerado parte da Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família. No PACS, as ações dos Agentes Comunitários de Saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma Unidade Básica de Saúde, no caso em questão, preferimos manter o nome e o endereço da instituição em anonimato para garantir o resguardo das relações funcionais e trabalhistas entre a UBS e o pesquisador autor deste trabalho, já que este atua como Agente Comunitário de Saúde numa das equipes que compõem a UBS, equipe esta escolhida para amostra da pesquisa que foi desenvolvida. Reservamo-nos ao direito de informar apenas que a referida instituição está subordinada ao Distrito Sanitário III, Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa PB.

A instituição tem como base legal a LEI N° 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências além de regular, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado. Além da lei N° 8080, a base legal é complementada pela Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

5. O SISTEMA DE SAÚDE E OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Informação, de uma maneira geral, é algo imprescindível para toda e qualquer atividade humana. A tomada de decisão em um ambiente organizacional depende, em última instância, da disponibilidade, da quantidade e, principalmente, da qualidade da informação acessada. Considerando essa perspectiva, Bartalo e Moreno (2008) observam que

a informação constitui-se, cada vez mais, como elemento indispensável às sociedades, principalmente em sua relação com o processo de tomada de decisão em qualquer atividade humana. Nos entornos organizacionais, suas características de validade são entendidas como um resultado oportuno e considerada como um recurso estratégico fundamental para o desenvolvimento de todo tipo de atividade, sendo que sua ausência, insuficiência ou abundância, em que não exista gestão, podem ocasionar graves danos aos que dela dependem. (BARTALO; MORENO, 2008, p. 73)

Mais adiante, as autoras afirmam que um dos componentes da gestão da informação é a gestão documental, que, segundo elas, possui a propriedade de ampliar a capacidade administrativa. Dessa forma, entendem que a gestão documental ou gestão de documentos surge como ferramenta indispensável à otimização do uso das informações contidas nos mais variados suportes.

Gouveia e Ranito (2004, p.13) analisam a informação e os sistemas de informação e apontam importantes características da informação como fatores determinantes para a compreensão dos sistemas. Analisam o fluxo e definem as funções a partir do tratamento, cruzamento, comunicação e armazenamento da informação. Assim, verificam que a qualidade da informação pode ser avaliada sob quatro características principais. Assim, concluem que a informação deve ser

- *Precisa*: o grau de rigor da informação que revela uma caracterização da realidade o mais fiável possível, informação correcta e verdadeira;
- *Oportuna*: a velocidade de reacção de uma organização depende também em tempo útil do fluxo de informação apropriado. Informação que existe no momento e local correctos.
- *Completa*: a presença da informação dispersa pela organização não tem grande valor se não se encontrar disponível. [...] Colocam-se aqui questões de acessibilidade.
- Concisa: a informação em quantidade excessiva tem efeitos semelhantes à falta de informação. Informação demasiado extensa ou pormenorizada, [...] contraria dois princípios básicos de comunicação: mensagens fáceis de descodificar e fáceis de difundir.[...] (GOUVEIA; RANITO, 2004, p.13)

Para Barreto (1994) a informação, quando adequadamente assimilada, produz conhecimento, modifica o estoque mental de informações individuais e traz benefícios ao seu

desenvolvimento e ao desenvolvimento da sociedade em que ele vive. Assim, como agente mediador na produção do conhecimento, a informação qualifica-se, em forma e substância, como estrutura significante com a competência de gerar conhecimento para o indivíduo e seu grupo.

Na área da saúde, a informação preenche as perspectivas apontadas e, da mesma maneira, é pedra fundamental para a consecução das atividades de prestação de serviço, respeitando o direito de acesso à saúde do cidadão com rapidez, eficiência e qualidade e fornecendo subsídios para a tomada de decisão tanto na área administrativa das unidades de saúde, como para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos usuários do Sistema de Único de Saúde pelos profissionais que realizam o atendimento e utilizam o prontuário familiar para registrar as informações referentes ao acompanhamento clínico de cada membro das famílias assistidas.

Para Carvalho (2009, p. 20), a informação no âmbito da saúde subsidia o processo decisório e possibilita conhecer a realidade sócio-sanitária, epidemiológica, gerencial, demográfica, burocrática e orçamentária, favorecendo o desenvolvimento de políticas públicas e contribuindo para a qualidade das ações de gestão e controle social. O autor enumera algumas finalidades da informação em saúde como:

- Identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma dada população;
- Reconhecer os problemas de saúde passíveis de intervenção;
- Entender a importância desse problemas para o quadro sanitário de grupos populacionais;
- Propiciar elementos para análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento;
- Definir as prioridades com base na identificação dos problemas e auxiliar na tomada de decisão de forma racional; e
- Fazer uso das informações na construção de diálogo com a sociedade, firmando compromissos e definindo responsabilidades, objetivando a melhoria da qualidade de vida, dentre outros. (Carvalho 2009, p. 20)

Rollemberg (2009, p. 39), pondera que, no âmbito do SUS, o acesso à informação de todos os agentes envolvidos no processo de saúde, inclusive o usuário, é fundamental para garantir o acesso à saúde e o exercício da cidadania. A autora observa que

O processo de formulação de uma política nacional da informação em saúde está pautado por princípios, tais como: compromisso social e acesso público; ampliação da participação e controle social; garantia de acesso à informação com qualidade e clareza dos conteúdos; respeito às diversidades culturais, regionais e étnicas; investimento em tecnologias; desenvolvimento de trabalhos em redes cooperativas; integração de sistemas e facilidade de acesso.

Até aqui apresentamos o pensamento de vários pesquisadores e pensadores acerca da informação, suas características, funções, etc., porém, de uma forma genérica, isto é, informação sob quaisquer aspectos. Cabe aqui delimitarmos qual a informação que nos interessa e que atende aos requisitos necessários para atingir satisfatoriamente os objetivos deste trabalho.

A arquivística é definida por Silva *et* al. (2009, p. 214) como "uma ciência de informação social, que estuda os arquivos (sistemas de informação (semi-)fechados)", complementando essa definição com a observação de que o estudo dos arquivos engloba tanto a sua estruturação interna e a sua dinâmica própria, quanto a interação com os outros sistemas correlativos que coexistam no contexto envolvente. Ora, percebe-se que a essência dos arquivos, então, é a informação materializada em um suporte e este conjunto - informação mais suporte - é o que compõe o documento. Além disso, ficou claro que, sob essa perspectiva, os arquivos também são sistemas de informação. Essa observação ainda não esclarece que informação é essa a qual nos referimos. Trata-se, outrossim, da informação orgânica. Aquela que é produzida dentro de um contexto de produção, que está intrinsecamente relacionada com a entidade que a produz e que se materializa a partir do momento em que o seu produtor tem a necessidade de formalizar, sob a forma de documento, os atos de sua atuação segundo suas atribuições e competências.

Sousa (2009, p.1-2) verifica que o que caracteriza a informação orgânica é a usa "ligação umbilical" que ela tem com a atividade que a gerou. O autor busca definir, para fins arquivísticos, o que é a informação orgânica, nesse sentido ele 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 interrelacionamento e o contexto de existência e de criação. (SOUSA 2009, p.1-2)

Assim, fica evidente que a informação tratada pela arquivística não pode ser tratada aquém da perspectiva sistêmica, já que Silva et al. (2009. P. 214) ponderam que

se podemos, pois, representar o arquivo como um sistema (semi-)fechado (orgânico-funcional) de informação, temos de encarar a arquvística como a ciência que estuda a dimensão sistêmica do arquivo. Quer isto dizer que o arquivo não pode mais ser pensado como entidade dual ou como uma mera ligação extrínseca de duas coisas distintas — a estrutura orgânica e a função serviço/uso.

A organização documental, então, apresenta-se como fundamental para que as funções administrativas se efetivem. Assim, é imprescindível que o tratamento documental seja aplicado de acordo com as normas e conceitos definidos pela arquivística científica e não meramente técnica. Nesses tempos em que o capital intelectual apresenta-se como valor agregado às funções administrativas e tendo sido aceitas as prerrogativas sistêmicas, atividades como classificação e ordenação dos documentos produzidos pelas organizações, surgem como pontos-chave para se atingir a excelência na prestação de serviços e fortalecer a estrutura organizacional, as funções e relações com o meio externo das instituições em um ambiente que se apresenta cada vez mais exigente e competitivo.

O acesso à informação é, em todo caso, um importante pilar do projeto de conquista e construção da cidadania. Além de ser responsável, em grande parte, pelo desenvolvimento das estruturas e instâncias governamentais e não governamentais. Ainda assim, o direito à informação no cotidiano das instituições públicas e privadas brasileiras, não tem recebido um tratamento adequado que se iguale à altura das conquistas obtidas com o advento da Constituição Federal de 1988.

A atenção às famílias é o objetivo primordial dão Programa Saúde da Família, sendo assim, compreendendo a importância que assume a produção informacional para o atendimento, Pereira et al. (2008, p.123) observam que

Um dos requisitos fundamentais do programa é o uso do prontuário familiar enquanto instrumento de trabalho, garantindo o registro das informações e permitindo, de forma ágil, o acesso às ações realizadas pela equipe de saúde da família.

Os mesmos autores 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.

Para esses autores, um dos grandes diferenciais da atualidade é se trabalhar com dados e informações que agreguem valor à estratégia organizacional, portanto, não podem se eximir deste contexto as organizações de saúde, visto que a exigência da sociedade, cada vez

mais consciente, por melhores serviços e transparência nas ações, traz uma nova perspectiva gerencial das organizações de saúde aos gestores envolvidos no processo de maximização da qualidade dos serviços prestados. Assim, acrescentam os autores, o valor da informação deve ser visto como peça chave para qualquer nível de melhoria, a fim de que seja oferecido um cuidado efetivo e humanizado, e considera que o processo de gestão desse setor se inicia pelo prontuário do paciente já que são seus dados que alimentam toda a cadeia de informação.

Nesse sentido, o Conselho regional de Medicina do Distrito Federal (2006) reconhece que é primordial que todos os envolvidos com a assistência ao paciente, profissionais, estagiários e acadêmicos tenham seus primeiros contatos com o prontuário e suas normas por intermédio de orientadores especializados, especialmente os que atuam em controle de prontuários.

Para se fazer uma organização documental respeitando todas as dimensões institucionais, o processo de trabalho envolvido com a produção, uso e arquivamento, além de poder fornecer mecanismos para melhorar as atividades relacionadas com os documentos, é preciso, em primeira mão, se conhecer o tanto quanto possível desse material a ser trabalhado. Fazemos aqui um breve levantamento etimológico e histórico da evolução conceitual acerta do termo prontuário.

O nome 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 intentando 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 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 nº 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)

Tendo o Ministério da Saúde, em 1994, implantado o Programa de Saúde da Família – PSF, como estratégia de reorganização da prática, substituindo a antiga forma de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde, estabeleceu-se que no PSF, a atenção deverá estar centrada na família em seu ambiente físico, social e cultural, permitindo às Equipes de Saúde da Família – ESF, ter uma visão mais ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

Sendo assim, para tornar possível a reorganização da prática assistencial pela ESF fez-se necessário o estabelecimento de um novo processo de trabalho, sendo necessário o desenvolvimento de novas e viáveis tecnologias em saúde que atendesse a um novo contexto social e político das relações do cidadão com o Sistema Único de Saúde que entrava em operação no Brasil. Dentre essas novas tecnologias, encontra-se o Prontuário de Saúde da Família.

Sobre esse assunto, e já utilizando uma terminologia que compreende o novo sentido de assistência em saúde, o Manual do Prontuário de Saúde da Família da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2007, p.27), faz algumas considerações que, efetivamente, contribuem para dar sustentação ao uso do termo "prontuário Familiar" ou "Prontuário de Saúde da Família", que consideramos válidas para a consecução dos objetivos deste trabalho:

- Nos serviços que dispõem de Prontuário, via de regra, sua organização é centrada na lógica do atendimento individual, e, quando organizado pela família, o que se observa são acúmulos de fichas individuais num único envelope familiar.
- Ao desenvolver o **Prontuário de Saúde da Família**, procurou-se trabalhar com o postulado da coerência, transformando o prontuário individual em um prontuário adequado às necessidades do PSF.
- O **Prontuário de Saúde da Família** está formatado para o trabalho em equipe, tendo como foco a família e os indivíduos que dela fazem parte, residentes no território de responsabilidade da ESF. (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais 2007, p.27) (grifo nosso)

O uso de determinada terminologia, pelo visto, é evidenciado segundo o contexto de utilização do prontuário e pelas funções e atividades que assumem cada instituição de saúde, segundo as suas competências. Sendo, considerando essa perspectiva, aceitável o uso terminológico desde "prontuário médico" a "prontuário familiar", de acordo com o contexto em que se enquadra a instituição prestadora do serviço de saúde específico, que é a produtora e detentora do documento.

6. DESCRIÇÃO EAPRECIAÇÃO ANALÍTICA DOS RESULTADOS

A pesquisa desenvolveu-se basicamente em três momentos distintos. Um primeiro momento, em que foram observados elementos que determinaram o desenvolvimento do método a partir da observação das normas referentes ao tratamento documental, o ambiente organizacional, o processo de trabalho e as rotinas ligadas ao ciclo documental dos prontuários; um segundo momento, quando implantamos o método de ordenação, que será descrito mais adiante, e observamos as facilidades e dificuldades dos funcionários lidarem com o novo método de ordenação; e um terceiro momento em que aplicamos um questionário aberto onde objetivamos avaliar as mudanças sensíveis e as impressões dos funcionários diretamente envolvidos com o processo documental e as atividades rotineiras da instituição.

Durante a pesquisa procuramos nos afastar das atividades diretamente ligadas aos objetivos da pesquisa, evitando interferir na rotina que definiu os dados coletados e, como o autor desta monografia trabalha na instituição onde desenvolveu a pesquisa, procurou aplicar o roteiro de observação de forma que os pesquisados não soubessem que estavam sendo observados, isso para que não prejudicasse a qualidade das informações obtidas e, consequentemente, os resultados perseguidos.

Dos instrumentos de coleta de dados utilizados durante a pesquisa foi utilizado, inicialmente, o roteiro de observação para buscar elementos da realidade vivida dia-a-dia pela instituição e o processo de trabalho que influi diretamente na produção documental e como essa produção está relacionada com o processo de trabalho da equipe.

6.1 PRIMEIRO MOMENTO: OBSERVANDO O OBJETO

O primeiro ponto a ser observado foi a respeito dos dispositivos legais, portarias, resoluções, etc., que regulamentassem tanto a produção documental quanto o uso, o tratamento e o arquivamento dos documentos. Observou-se que alguns dispositivos existem como determinantes para normalizar o tratamento documental dispensado aos prontuários em quaisquer instituições que utilizem o prontuário como meio de registro de informações imprescindíveis à prestação de serviço de saúde.

Observamos que as determinações que regem o tratamento documental dispensado aos prontuários em quaisquer instituições que prestem assistência médica são basicamente

oriundas do Conselho Federal de Medicina. Verificamos ainda que todas as resoluções que tratam desse tema são fundamentadas tomando-se por base a Lei N° 8.159/1991.

Dentre os dispositivos pesquisados destacamos as Resoluções CFM nº 1.605/2000 que tem a finalidade de resguardar o sigilo das informações contidas no prontuário; A Resolução CFM nº 1.638/2002 que define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde; e finalmente a Resolução CFM nº1.821/2007, que 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.

Não foi detectado nenhum regulamento interno ou material produzido pela administração municipal com relação ao tratamento que se deve dispensar aos prontuários quanto à produção, uso, arquivamento e acesso.

Ouadro 3: determinações normativas acerca de prontuários e o seu cumprimento pela UBS pesquisada.

luadro 3: determinações normativas acerca de prontuários e o seu cumprimento pela UBS pesquisa					
Dispositivo normativo	Determinações relativas ao tratamento documental dispensado aos prontuários	Dados coletados sobre o cumprimento das normas			
LEI N° 8.159	 O artigo 1° determina que é dever do Poder Público a gestão documental e a proteção especial a documentos de arquivos, como instrumento de apoio à administração, à cultura, ao desenvolvimento científico e como elementos de prova e informação; O artigo 4° determina que todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular ou de interesse coletivo ou geral, contidas em documentos de arquivos. 	 Observou-se que a UBS detém a guarda e a proteção, porém não tem um programa de gestão definido e em execução; O acesso às informações contidas nos prontuários pelos usuários aos quais se referem, fica prejudicado pela falta de conhecimento do direito de acesso e dos princípios que regem as atividades arquivísticas nas instituições públicas de saúde. 			
Resolução CFM N° 1.605/2000	 Os artigos 5°, 6° e 7° dessa resolução tratam do sigilo, onde se lê que: ✓ Se houver autorização expressa do paciente, tanto na solicitação como em documento diverso, o médico poderá encaminhar a ficha ou prontuário médico diretamente à autoridade requisitante. ✓ O médico deverá fornecer cópia da ficha ou do prontuário médico desde que solicitado pelo 	O prontuário é, por natureza, um documento sigiloso, a observação nos indica que essa constatação é intuitivamente seguida na UBS, pois somente os funcionários podem manusear os documentos, porém, não é permitido nem mesmo ao usuário			

requisitado interessado fazer a leitura paciente pelos Conselhos Federal ou Regional de do prontuário, um dos Medicina. motivos pressupostos seria ✓ Para que no caso do prontuário sua defesa judicial, familiar pessoa o médico poderá apresentar a ficha uma ou prontuário médico à autoridade poderia acessar. sem competente, solicitando que a autorização, informações matéria seja mantida em segredo sigilosas de outro membro de justiça. da família. • O Art. 1º dessa resolução Define o • O prontuário familiar, prontuário médico como o documento documento utilizado pelas único constituído de um conjunto de UBS, não é um documento informações, sinais imagens único, mas é composto de registradas, geradas a partir de fatos, diversas tipologias acontecimentos e situações sobre a padronizadas e não saúde do paciente e a assistência a ele padronizadas e não diz prestada, de caráter legal, sigiloso e respeito a um só paciente, científico, possibilita mas a tantos quantos que comunicação entre membros da forem os membros Resolução CFM equipe multiprofissional família à qual se refere; N° 1.638/2002 continuidade da assistência prestada • Na UBS pesquisada não ao indivíduo; está claramente definido a • O Art. 2° Determina a quem cabe as quem cabe responsabilidades pelo prontuário responsabilidades sobre os médico: e prontuários familiares; • O Art. 3º torna obrigatória a criação Não foi detectada Comissões de Revisão comissão de avaliação ou Prontuários nos estabelecimentos e/ou de revisão de prontuários. instituições de saúde onde se presta assistência médica. •O Art. 8° Estabelece o prazo mínimo Não foram observadas políticas arquivísticas na de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos instituição, logo não há prontuários dos pacientes em suporte sobre controle de papel, que não foram arquivados temporalidade, eletronicamente transferência, avaliação e em meio óptico, microfilmado ou digitalizado. destinação de documentos; • O Art. 9° define que as atribuições da Não havendo comissão de Resolução CFM Comissão Permanente de Avaliação avaliação ou de revisão N° 1.821/2007 de Documentos em todas as unidades prontuários, que prestam assistência médica e são observado que os gestores detentoras de arquivos de prontuários e funcionários não têm de pacientes, tomando como base as noção acerca das atribuições estabelecidas na legislação responsabilidades sobre os arquivística brasileira, podem ser documentos. exercidas pela Comissão de Revisão de Prontuários.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

A partir deste levantamento é possível identificar alguns detalhes que consideramos importantes para aplicação de um método de ordenação dos prontuários na Unidade Básica de Saúde pesquisada. Destacamos que:

- As normatizações são determinadas, eminentemente, pelo Conselho Federal de Medicina que toma por base a Lei de Arquivos nº 8.159/91 em nível local, esse fato pode levar a uma confusão na hora de padronizar os documentos produzidos, pois nem todos os funcionários têm conhecimento da existência de normatização, não podendo se atribuir responsabilidades a um funcionário especificamente ou um grupo deles para fazer o tratamento documental;
- Os prontuários em suporte de papel devem ser mantidos por um prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir da data do último registro, antes de serem submetidos à avaliação e destinação final essa determinação pode gerar a um acúmulo de documentos muito grande junto ao órgão produtor, pois observou-se que, no âmbito de uma Unidade Básica de Saúde, a população assistida é dinâmica e boa parte dela encontra-se em um constante movimento migratório, tanto dentro do próprio território da Unidade de Saúde quanto para outros setores mais afastados, assim, considerando o prazo legal 20 anos o volume de prontuários de famílias que não residem na área de abrangência da UBS será relativamente muito grande, fato este que, não havendo tratamento arquivístico adequado, a recuperação da informação quando solicitada é praticamente impensável;
- Deve ser criada em cada instituição de saúde que utilize prontuários uma comissão de avaliação de documentos, sendo que quando houver comissão de revisão de prontuários, esta poderá fazer as vezes daquela – a UBS pesquisada não dispõe de comissão de avaliação nem de revisão de prontuários;
- A definição do termo "prontuário" pela Res. n° 1.638/02 é compatível com a definição do termo "dossiê" dada pelo Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística (2005): Conjunto de documentos relacionados entre si por assunto (ação, evento, pessoa, lugar, projeto), que constitui uma unidade de arquivamento essa observação pode indicar a escolha da melhor forma de tratamento a se aplicar a essa documentação já que o prontuário, documento composto por diversas tipologias documentais relacionadas entre si, pode ser considerado, em última instância, como uma unidade de arquivamento;

- Mesmo buscando estabelecer normas acerca dos prontuários, o Conselho Federal de Medicina não estabeleceu uma terminologia padronizada que possibilite a uniformização quando se usa o termo em seus vários contextos. Percebeu-se o uso do termo "prontuário médico", "prontuário do paciente", "prontuário de saúde do paciente", mas, em nenhuma das resoluções baixadas, aparece um termo que se refira especificamente ao prontuário utilizado nas Unidades Básicas de Saúde, nem como "prontuário familiar" nem como "prontuário de saúde da família", como é vulgarmente chamado nesses ambientes de trabalho.
- A administração pública municipal ainda não atentou para a importância de se aplicar os dispositivos legais e o tratamento arquivístico no processo de produção, uso, arquivamento e recuperação da informação no âmbito da atenção básica de saúde, e especificamente no Programa Saúde da Família.

O ponto seguinte a ser observado referiu-se a quais os profissionais que produzem os prontuários. Foi percebido que o prontuário de saúde da família é um documento composto por várias tipologias documentais. Para compreender sua produção foi preciso observar as atividades de todos os trabalhadores envolvidos no processo: Inicialmente o Agente Comunitário de Saúde (ACS), durante a visita domiciliar, função primordial da atenção básica de saúde, cadastra as famílias residentes em sua área de atuação através de um formulário específico chamado de "ficha 'A'", a área de atuação de cada ACS é denominada de "microárea" que pode ter até 750 pessoas residindo, no máximo.

Para cada família cadastrada, o ACS, de volta à UBS, abre um prontuário, que para ele nada mais é do que um envelope contendo campos para anotação dos dados sócio-demográficos e de indicadores de saúde coletados durante o cadastro das famílias. A partir daí, quando as pessoas da família passam por atendimento dos profissionais que atuam na UBS – médico ou enfermeiro – são gerados tipos documentais específicos de uso exclusivo desses profissionais como anamnese, ficha de evolução, cópias de exames, laudos, etc., que serão postos dentro desses envelopes e comporão assim os prontuários familiares. Percebemos que existem formulários específicos para a composição dos prontuários, porém, os profissionais muitas vezes precisam improvisar e, quando falta material impresso, utilizam papel em branco para anotar os dados colhidos no atendimento, evitando que os pacientes fiquem sem atendimento. Acontece que, na falta de material impresso para abertura de prontuários, os ACSs, responsáveis por esse trabalho, muitas vezes têm de improvisar e

confeccionar prontuários com materiais inadequados e sem padronização, deixando de anotar informações importantes para a identificação da família e recuperação documental.

Outro ponto preconizado no roteiro de observação dizia respeito a quais finalidades de produção dos prontuários. Em primeira instância verificou-se que o objetivo imediato é fornecer informação para o profissional que atende aos membros da família no consultório e propiciar uma comunicação e interação entre os profissionais da equipe através das anotações em ficha específica acerca da evolução clínica do paciente. A partir desse uso, percebemos que o prontuário de saúde da família pode auxiliar na identificação de grupos de risco, indicadores epidemiológicos, etc., proporcionando à equipe de saúde a tomada de decisão em relação às medidas terapêuticas a serem adotadas.

Verificamos também que, em nível estratégico, os prontuários fornecem informações preciosas para subsidiar o processo decisório, tornando mais eficiente a função administrativa e resultando em melhoria da qualidade do serviço oferecido. Notamos ainda que, além de fornecer informações que contribuam para a melhoria do atendimento ao paciente, os prontuários familiares com as suas peculiaridades e pelo fato de só existirem na atenção básica de saúde, é um excelente campo a ser explorado pela pesquisa científica não só no campo das ciências da saúde, mas em todas aquelas que lidem tanto com o ser social quanto com as informações que eles produzem, usam e delas necessitam para se comunicar e interagir com os outros e com o meio em que vivem.

Dando sequência ao roteiro de observação, intentamos identificar os possíveis métodos de ordenação dos prontuários antes da aplicação do método desenvolvido e implantado durante a pesquisa e se havia ou não padronização metodológica na organização dos prontuários.

Quanto a esse ponto, percebemos que cada ACS ficava incumbido de organizar os prontuários referentes às famílias residentes na microárea onde atua. Como os prontuários estão arquivados em estantes de aço com quatro gavetas cada, os prontuários estão dispostos em pastas suspensas. Observamos que em cada gaveta são arquivados os prontuários de uma só microárea, cabendo ao ACS correspondente determinar a forma de organização de "sua gaveta", como assim chamam estes. Isso implica que não há uma padronização quanto à ordenação dos prontuários em todas as gavetas, cada um dava a ordem que melhor lhe conviesse segundo o seu entendimento ou simplesmente por não se sentir responsável pela organização desse expediente.

Os métodos identificados, em sua maioria, oscilavam entre o geográfico e o alfabético – identificando as famílias pela área de abrangência da equipe, pela microárea,

endereço, nome do ACS e finalmente pelo nome do responsável pela família. Alguns problemas foram detectados quanto a essa falta de padronização de organização tais como:

- Devido à existência de quatro equipes responsáveis pelo atendimento das pessoas de quatro territórios (áreas) distintos, os pacientes muitas vezes não conseguem saber, pelo nome, em qual das equipes o seu cadastro está inserido;
- Mesmo fornecendo o endereço, o usuário mesmo conseguindo identificar a sua equipe de referência, repetidas vezes, vimos que os usuários tinham bastante dificuldade de identificar qual o nome do ACS responsável pela visita domiciliar em sua casa;
- Como todo território de abrangência da equipe pesquisada é de domicílios localizados em loteamentos, o endereçamento, em muitos casos, é feito por número de quadra e lote, sendo que no período de desenvolvimento da pesquisa, todas as ruas já se encontravam nomeadas e as residências enumeradas. Isso resultou em confusão já que muitos forneciam ao endereço em forma de quadra e lote enquanto que outros forneciam em forma de rua e número da casa. Então, verificou-se que, mesmo utilizando um método geográfico, alguns ACS utilizavam a forma de endereço por quadra e lote e outros por ruas e números das casas, o que só aumentava a confusão na hora de encontrar os prontuários;
- Verificamos que cada gaveta estava identificada com o nome do ACS, ou seja, para localizar um prontuário, o funcionário responsável pela busca teria de saber: a equipe de referência daquele usuário, o nome do ACS responsável pela microárea onde ele reside, o endereço tal como o ACS usava (por quadra ou por rua), e saber qual membro da família o ACS tinha escolhido para usar como "responsável pela família". Pois, dentro da gaveta identificada com o nome do ACS, cada pasta suspensa continha uma identificação de endereço que poderia ser o nome da rua ou o número da quadra onde residiam as famílias referentes àqueles prontuários ali arquivados;
- Percebemos que nem sempre o paciente consegue saber ou mesmo lembrar o nome do seu ACS, não sabe o endereço em que mora, não sabe qual membro da família é utilizado no prontuário como "responsável pela família", não fornecendo, assim, nenhum dado que possa remeter a uma possível informação sobre como localizar o seu prontuário. Nesses casos, observamos que o funcionário incumbido da busca demonstrava uma grande angústia, já que teria de procurar um a um os prontuários

dentre todos os existentes, chegando muitas vezes a tratar mal verbalmente o paciente, a reclamar veementemente da "desorganização" do arquivo, a dizer que não faria mais aquele trabalho enquanto alguém não "tomasse alguma medida de mudar o sistema" e inclusive, chegando a não localizar o prontuário, prejudicando o atendimento ao paciente, já que os profissionais se recusam a atender quem quer que seja sem ter acesso ao prontuário para verificar a anamnese e a ficha de evolução clínica do paciente para dirimir a sequência do tratamento.

O próximo ponto a observar dizia respeito à forma como os prontuários são solicitados no arquivo, se existe registro de solicitação, se existe formulário ou outra forma de solicitação.

Foram percebidas duas atividades em que os prontuários são solicitados à recepção que é onde estão arquivados e cuja incumbência para retirá-los é da recepcionista. As duas atividades são: o momento do acolhimento aos usuários e a segunda é o atendimento no consultório.

Durante o acolhimento são solicitados prontuários para auxiliarem aos profissionais a identificarem situações de saúde dos usuários que buscam o serviço no início da manhã. É a partir desse atendimento que são agendadas consultas, verificação de pressão arterial, teste glicêmico capilar, entrega de receita controlada aos pacientes que fazem uso de medicamentos psicotrópicos e onde todo o fluxo de atendimentos é controlado. É nesse momento que, quando solicitados, os prontuários precisam ser retirados imediatamente, pois o profissional que faz a escuta qualificada anota os dados que remeterão ao prontuário do paciente tais como: nome, microárea onde mora, nome do ACS, etc., daí os ACS que estiverem escalados para auxiliarem no acolhimento naquele dia, se dirigem até a recepção e eles mesmos buscam no arquivo o prontuário solicitado mediante os dados fornecidos.

Percebemos que em alguns momentos havia até oito ACS fazendo a retirada de prontuários ao mesmo tempo, além desses, dividindo o espaço da recepção trabalham quatro recepcionistas, cada uma de uma equipe, somando-se assim cerca de doze trabalhadores em um espaço projetado para, no máximo, quatro. Percebemos que, dadas essas condições, os trabalhadores perdem muito tempo, ficam nervosos, falam alto e acabam por não encontrarem, algumas vezes, o que procuram, daí retornam para o paciente para tentar tirar dele mais informações que possam dar pistas de como localizar o prontuário, numa atividade meramente intuitiva e sem nenhum planejamento prévio.

Além da confusão gerada na recepção no horário em que é feito o acolhimento, percebemos que muitas vezes os pacientes que, muitas das vezes estão angustiados com seus problemas de saúde, são bombardeados com uma série de perguntas, as quais, muitas vezes ele não sabe, e outras, não quer responder. As perguntas mais frequentemente observadas foram: "a qual Unidade de Saúde você pertence?", "Quem é o seu Agente de Saúde?", "Qual a rua em que você mora?", "Qual é a quadra onde fica sua casa?", "Fica perto de onde?", "Qual é o nome do responsável pela família?".

O outro momento mencionado é o atendimento em consultório. Notamos que, para esse momento, os prontuários são retirados pela recepcionista da equipe, pois, como as consultas tanto para o consultório médico quanto para o de enfermagem, são previamente agendadas, assim, os prontuários referentes s consultas do turno da manhã são retirados no turno da tarde anterior, e para as consultas do turno da tarde, são retirados no fim do turno da manhã, que são os horários em que o fluxo de pacientes é menor.

Mesmo sendo esse segundo momento mais tranquilo para se fazer a retirada dos prontuários, percebemos que não existe um padrão de solicitação de prontuários, não existe um formulário específico para isso, mas, apenas são anotados no ato do agendamento os mesmos dados já referidos no momento do acolhimento. Nesse caso, a recepcionista precisa ter conhecimento de como cada ACS faz a organização dos prontuários referentes à sua microárea de atuação.

Observamos como era feita a devolução dos prontuários ao arquivo depois de serem utilizados pelos profissionais e notamos que essa atividade obedece a uma certa regularidade. Os prontuários retirados para atendimento no acolhimento retornam para a recepção e são colocados sobre a mesa da recepcionista para serem arquivados junto com os que virão dos consultórios no turno da manhã. Daí, no final do turno da manhã, a recepcionista faz o arquivamento. O ponto percebido nessa atividade que nos chamou a atenção é que, não raro, os prontuários não retornam corretamente para o local de origem, onde tinha sido ordenado pelo ACS, esse fato acontece por que a recepcionista nem sempre conhece o modo como tal ACS organizou os prontuários em sua gaveta correspondente. Isso gera um problema no futuro quando da busca novamente por aquele mesmo documento, pois, evidentemente não estará no lugar determinado pelo ACS, logo não será tão facilmente localizado prejudicando o andamento do trabalho e a qualidade no atendimento aos pacientes.

O último ponto de observação utilizado no primeiro momento da pesquisa referia-se à identificação da relação existente entre a organização dos prontuários e o processo de trabalho na Unidade de Saúde.

Percebemos que, apesar das inúmeras dificuldades geradas pela falta de padronização na organização dos prontuários, alguns elementos intuitivamente utilizados, remetem diretamente às funções e atividades da Unidade Básica de Saúde. Notamos que a capa do prontuário apresenta campos para serem preenchidos com os dados já utilizados para recuperação, que os dados de identificação do prontuário coincidem com os dados coletados pelos ACSs na visita domiciliar, que o prontuário traz um campo específico para o número. A despeito dessas observações, percebemos que não havia um padrão de identificação da família em relação ao seu prontuário e às atividades tanto do ACS quanto da equipe em que ambos se inserem.

6.2 SEGUNDO MOMENTO: IMPLEMENTANDO O MÉTODO

Este segundo momento nos exigiu atenção redobrada, pois além de implementar o método de ordenação, ao mesmo tempo tivemos que continuar observando e tendo o cuidado de controlar todas as variáveis como cuidar para que, ao mesmo tempo, os prontuários das doze microáreas referidas para pesquisa fossem devidamente ordenadas conforme a numeração determinada, cuidar para que os funcionários envolvidos esclarecessem qualquer dúvida que surgisse — para isso foi desenvolvido um manual de procedimentos — e evitar que os novos prontuários fossem arquivados sob a antiga forma de organizá-los.

Tendo sido observada a realidade descrita acima passamos a descrever o modelo do método de ordenação documental aplicável aos prontuários da Unidade Básica de Saúde. Foi necessária uma compreensão aprofundada da estrutura organizacional da instituição bem como uma leitura acurada das atividades desenvolvidas por cada profissional, as relações que essas atividades mantêm com a produção dos documentos — os prontuários — e questões inerentes ao fluxo informacional tais como: uso, recuperação, profissionais envolvidos, necessidades de uso, políticas documentais, direitos dos usuários da saúde pública, arquivamento, etc.

Assim, considerou-se os vários níveis organizacionais, as funções e atividades em cada nível e o continuum da produção documental, de forma que tais elementos pudessem auxiliar a recuperação documental compondo um sistema que respeitasse tanto as atividades desenvolvidas quanto o direito de acesso, as singularidades da população assistida e melhoria no atendimento a estes como forma de atender aos princípios básicos do SUS e da Política Nacional de Humanização do Atendimento, a HumanizaSUS.

Consideramos inicialmente o Artigo 4°, inciso IV, da Portaria N° 340, de 04 de março de 2013, a UBS Porte IV está "destinada e apta a abrigar, no mínimo, 4 (quatro) Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 4 (quatro) Equipes de Atenção Básica" para desenvolver suas atividades no mesmo espaço físico. No caso da UBS em questão - cujos documentos por ela produzidos consideramos que compõem um sistema de informação orgânica-, e as quatro equipes de saúde que compõem a UBS consideramos sub-sistemas integrantes do sistema maior, a UBS. Às equipes foram atribuídos números sequenciais a cada uma delas de 1 a 4, assim sendo, faz-se necessário o uso de um único dígito para representar esse nível, entendendo como subsistema1, subsistema 2, subsistema 3 e subsistema 4.

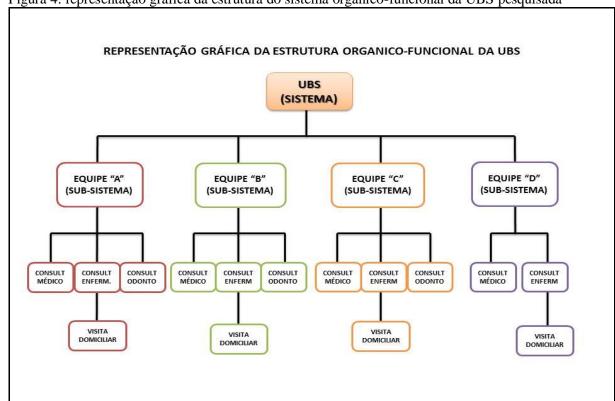


Figura 4: representação gráfica da estrutura do sistema orgânico-funcional da UBS pesquisada

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Considerando então, os quatro subsistemas compostos pelos documentos referentes a cada Equipe de Saúde, integrados no sistema maior dos documentos produzidos pela UBS em sua totalidade, tomamos como subdivisões desses subsistemas, os documentos produzidos pelos consultórios: médico, odontológico e de enfermagem, como seções de cada subsistema. Assim, cada seção portadora de competências distintas e produtoras de séries documentais

distintas. Dessas seções a única que se divide é o consultório de enfermagem, tendo a atividade de "Visita Domiciliar" produtora da série "prontuários familiares" (fig. 2).

Diante dessa observação, é possível notar que as informações que compõem o fluxo informacional, nascidas a partir da comunidade assistida e coletadas no ato da visita domiciliar, subsidiam não só o atendimento no espaço do consultório e o uso para a tomada de decisões em nível assistencial e terapêutico, mas e principalmente também fomentam a base para a alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que retorna para a população em forma de políticas públicas de saúde.

A partir da análise dos dispositivos legais, verificou-se que segundo a Portaria n° 2.488/2011, o quantitativo de ACSs atuantes em uma Equipe de Saúde deve ser suficiente para assistir toda a população da área de abrangência dessa equipe. Esse número nunca pode ser superior a 12 ACSs. Então, a equipe divide seu território/área de abrangência em pequenas áreas, denominadas microáreas, que será o espaço de atuação de cada ACS. Assim, teremos tantas microáreas quantos forem o número de ACS. Nesse caso, para atender aos nossos objetivos de ordenação documental, atribuímos a cada microárea de uma mesma ESF um número com dois dígitos, ou seja, como o número máximo de ACSs por ESF nunca será superior a 12, esse artifício nos serve de bom grado. Exemplo: Considerando que numa ESF trabalhem 12 ACSs, ou seja, existam 12 microáreas, se na microárea 01 for cadastrada a família 001, em todas as outras onze microáreas também serão cadastradas famílias com o mesmo número 001, o que geraria, naturalmente, uma confusão se o membro de cada família não lembrar o nome de seu agente comunitário de saúde no momento em que seu prontuário tiver de ser recuperado na unidade de saúde.

Até aqui expusemos o plano em nível correspondente às questões estritamente administrativas, ligadas às funções e atividades da instituição. Porém, como a ordenação documental é uma operação que acontece independentemente dentro da série documental consideramos o número sequencial atribuído a cada família quando do seu cadastro pelo Agente Comunitário de Saúde.

Assim, a ordenação documental dos prontuários será determinada, em última instância, pela associação numérica correspondente a cada nível descrito acima, a saber: número do subsistema de proveniência seguido do número da microárea e, por último, o número de cadastro da família, por corresponder a uma atividade ligada às funções da UBS, e de ser uma atribuição funcional do Agente Comunitário de Saúde, definida na portaria n° 2.488/2011.

A estrutura orgânico-funcional de cada Equipe de Saúde é, por esse modelo apresentado, o que determina a origem da ordenação, onde, compreendendo-se cada equipe como subsistema, os elementos a serem ordenados podem transitar por qualquer dos subsistemas do sistema total ao qual integram, sem prejuízo para a instituição como um todo, já que, dessa maneira, é possível identificar, com suficiente clareza, a origem e o destino que cada documento toma a partir da migração para outra área das famílias aos quais se referem os prontuários.

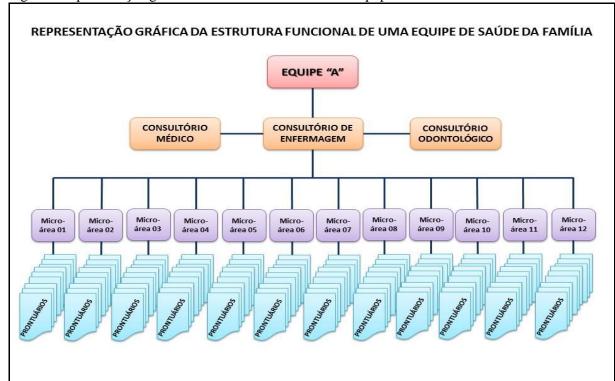


Figura 5: representação gráfica da estrutura do subsistema Equipe de Saúde da Famíla

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Para ilustrar como se dá a enumeração segundo o modelo de ordenação apresentado, tomemos um exemplo: Uma família domiciliada na microárea 05 da área de abrangência da Equipe de Saúde 1, foi cadastrada pelo Agente Comunitário de Saúde com o número sequencial 075, qual deverá ser o número do prontuário dessa família?

Considerando os dados:

ESF (subsistema): 1

Microárea: (Seção: Consultório de enfermagem – subseção: visita domiciliar) 05

Número de cadastro da família: 075

O número do prontuário dessa família é, portanto: 1.05.075

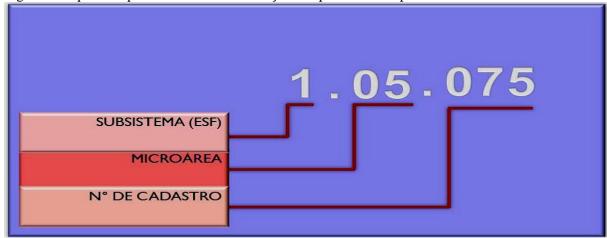


Figura 6: esquema representativo de enumeração dos prontuários a partir do método utilizado

Fonte: Elaboração do próprio autor a partir do método de ordenação documental apresentado.

Para esse segundo momento o roteiro de observação preconizou primeiramente observar se houveram mudanças significativas quanto ao uso dos prontuários. Nesse sentido, verificamos de imediato que o tempo de busca por prontuários reduziu significativamente, que os Agentes Comunitários de Saúde passaram a comentar que estava mais fácil de se encontrar prontuários em qualquer das gavetas, que a recepcionista tinha menos dificuldade de encontrar prontuários já que todos estavam ordenados de forma padronizada. Notamos que o arquivamento dos documentos também passou a ser feito mais rapidamente e que os profissionais que atendem nos consultórios não mais reclamavam por falta de algum prontuário. Verificamos também que o problema da duplicidade de prontuários familiares foi sanada, esse fato ocorria frequentemente, considerando que em sua dinâmica migratória, os pacientes ao mudam de domicílio, muitas das vezes novos prontuários são gerados quando são cadastrados em outra área, ficando aquele prontuário anterior perdido ou sem possibilidades de ser encontrado.

Uma mudança significativa ocorreu pelo fato de que, coincidentemente, alguns procedimentos de referência passaram a exigir o número do prontuário para serem marcados pelo sistema de marcação de consulta, além disso, notamos que um dos requisitos para se retirar o Cartão Nacional do SUS é o fornecimento do número do prontuário de saúde da família pela unidade de saúde à qual aquela família está vinculada.

Finalmente foi observado se os funcionários tiveram dificuldades na ordenação e recuperação dos prontuários sob o novo método e, se tiveram, quais foram. Percebemos alguns casos em que, por vezes um ou outro funcionário mencionou não saber como encontrar o prontuário já que não teria, através do número do prontuário fornecido pelo paciente, como identificar o ACS responsável pela microárea daquele paciente. Em outro momento

percebemos que a recepcionista observou que a ordenação "pelo nome dos pacientes" (nas palavras dela) era mais fácil de localizar.

Para evitar transtornos de ordem operacional do método, foram desenvolvidos alguns mecanismos preventivos, tais como:

- Índice individual de cada microárea contendo número de todos os prontuários e os nomes dos seus respectivos responsáveis pela família;
- Confecção do "Cartão da Família" para cada uma das famílias cadastradas, contendo: nome da Equipe de Saúde à qual a família está vinculada, número do prontuário e nome do Agente Comunitário de Saúde;
- Manual de instruções sobre o método de ordenação padronizada dos prontuários. Nesse manual explica-se como está estruturado o método; fala-se sobre a importância de se manter o arquivo ordenado; contém instruções para o ACS de como enumerar e ordenar os prontuários; fala-se da importância de se (re-)arquivar os prontuários solicitados obedecendo a ordem estabelecida; deixa claro que o método não pode ser rígido tal que não permita mudanças, ampliações, reduções, aperfeiçoamentos, etc. e encoraja a todos os funcionários a pensarem sobre tema e sugerirem novas ideias para melhorar a recuperação da informação.

6.3 TERCEIRO MOMENTO: PERCEBENDO AS MUDANÇAS

Para o terceiro momento da pesquisa foi aplicado um questionário com cinco questões abertas intentando avaliar as mudanças ocorridas, buscando, para isso, a opinião dos trabalhadores envolvidos com a documentação. O questionário foi aplicado aos treze funcionários da "Equipe A" que participam da produção, uso e arquivamento dos prontuários.

Perguntados sobre qual sua opinião sobre a organização dos prontuários a partir da aplicação do método, os respondentes foram enfáticos em pelo menos quatro questões principais: facilitou a identificação dos prontuários, melhorou o atendimento aos usuários, agilizou a recuperação e facilitou o trabalho dos funcionários. A maioria das respostas oscilou em torno dessa mesma ideia, o que, para eles traz sensíveis benefícios para a qualidade do serviço prestado. Uma ACS enfatiza que "com o novo método de organização, ficou mais fácil e rápido a identificação dos prontuários, facilitando o atendimento dos pacientes" já outra, nesse mesmo sentido diz que "com a aplicação desse novo método ficou mais fácil a identificação dos prontuários trazendo melhoria no atendimento dos usuários".

A única deficiência apontada diz respeito muito mais a uma questão administrativa que do próprio método, onde uma respondente observa que a organização está "boa, porém a recepção tem deficiência na organização devido ao pequeno número de profissionais". Uma das respondentes, no entanto, disse que "precisa melhorar mais em relação a ordem alfabética", aludindo a uma ordenação por ordem alfabética, porém, observou-se que esse tipo de ordenação era utilizado antes da implementação do novo método, mas sem muita eficácia e apresentando os problemas anteriormente relatados.

Perguntados sobre as mudanças percebidas a partir da aplicação do método, os respondentes falaram principalmente sobre a facilidade, para qualquer pessoa, de se localizar os prontuários, de se identificar as famílias, sobre a melhoria da qualidade do atendimento, melhor organização, redução do tempo de busca, agilidade do trabalho e diminuição da perda de prontuários. Uma ACS enumerou a "agilidade no trabalho, facilidade de encontrar os prontuários, gerando um maior rendimento no atendimento da população" e outra observou que "melhorou na qualidade do trabalho prestado aos pacientes em relação ao tempo para encontrar os seus prontuários".

Solicitados para avaliar os resultados obtidos com a aplicação do método, os trabalhadores em sua maioria avaliaram como positivo, satisfatória, boa, excelente e ótima. Um dos respondentes sugeriu que "seria excelente se todas as UBS utilizassem o mesmo método, pois isso seria de suma importância, mesmo nas unidades mais simples". Uma ACS respondeu que "foi positivo. Os pacientes estão sendo conscientizados da importância do cartão da família e dos benefícios que contém". A partir dessas respostas percebemos que parece haver entre todos os trabalhadores uma vontade de mudança que contemple principalmente a melhoria no atendimento aos usuários. Todos parecem entender que a rapidez na localização dos prontuários contribui para a agilidade no atendimento e diminui a insatisfação dos pacientes que tanto sofrem na fila de espera por consultas e exames. Entendem que o acesso à informação no momento em que se precisa dela, facilita tanto o trabalho dos servidores da saúde como a vida de quem busca por atendimento.

A quarta pergunta queria saber se o respondente compreendera o modo como os prontuários foram organizados com a aplicação do método de ordenação, apresentava duas opções "SIM" ou "NÃO" e pedia uma justificativa. Um dos respondentes deixou a questão em branco, porém todos os outros unanimemente responderam "SIM" e descreveram de forma bastante simplificada, porém concisa, como compreenderam o método: "todos estão organizados por ordem numérica", "a organização é feita por ordem numérica, onde o primeiro número define a equipe, o segundo e o terceiro número define a microárea (agente

de saúde responsável) e os três últimos números definem a família", "a organização é feita seguindo um padrão de numeração onde o primeiro identifica a unidade, o segundo a microárea e o terceiro a família".

Por último, foi perguntado se os trabalhadores tinham alguma sugestão ou orientação para o novo método implantado na Unidade Básica de Saúde. Essa questão nos chama a atenção por conta da diversidade das respostas. Dos treze respondentes, seis responderam que "sim", que tinham alguma sugestão e sete deles responderam que "não", porém todos complementaram suas respostas, e são justamente esses complementos que nos parecem mais interessantes.

Dos que responderam "sim", identificamos três grupos básicos de respostas:

- Sugere mudança estrutural do método: duas respondentes sugerem que o método deva "organizar por ACS e em ordem alfabética (o responsável)" e a outra "[...] para os prontuários com nomes dos Agentes de Saúde em ordem alfabética". O que nos chama a atenção nessas respostas é que a primeira é da enfermeira e a segunda é da recepcionista. As duas funcionárias são as que foram integradas à equipe com o método já implantado e não tiveram contato com a documentação da forma como estava anteriormente organizada. Além disso, a recepcionista cita em três momentos de suas respostas a falta de material: "[...] mas a falta de envelopes não tem como organizar", "[...] trazer para nossa Unidade material para o trabalho ficar mais ágil como informatização da recepção" e "precisaria de alguns armários novos com novas pastas [...]". Outra resposta desse grupo é de um ACS que sugere "separar por quadras e por ruas" remetendo ao antigo modo de organização anterior à aplicação do método padronizado. Ressalte-se que esse ACS esteve afastado de suas funções por cerca de dois anos devido a problemas de saúde, quando retornou às suas atividades o método padronizado estava já sendo implementado;
- Sugere a adoção do método por todo o Programa Saúde da Família no município: nesse grupo de respostas estão dois respondentes ambos Agentes Comunitários de Saúde que enfatizam a importância de que todos os trabalhadores que utilizam o prontuário de saúde da família deveriam compreender o método desde a sua estruturação e aplica-lo em toda a rede do Programa Saúde da Família (PSF) e que a operacionalização do método não se limite a ordenar os prontuários nas gavetas, mas também, tomar as medidas necessárias para se evitar as falhas operacionais, citando inclusive, que deve ser entregue a todos as famílias o "Cartão da Família"; e

 Sugere a informatização do método: uma respondente - ACS - sugere que "se algum dia for possível este método ser informatizado seria perfeito, pois os dados seriam atualizados rapidamente".

Dos que responderam negativamente, um respondeu apenas "não" outros dois complementaram "não, para mim está ótimo" e outro "não, pois para mim da forma que estão organizados estão ótimos".

Os outros quatro respondentes desse grupo de respostas foram mais além em suas justificações, dando a entender que o método funciona de forma satisfatória e que os problemas enfrentados são muito mais de ordem prática e relacionados com o nível de compromisso dos trabalhadores que lidam com a documentação do que estrutural do método. Isso fica evidente nas palavras da respondente que diz que "a forma como foi elaborado está perfeita, falta apenas um pouco mais de colaboração por parte de alguns profissionais". Já outra diz que "o atual [método] funciona bem, desde que todos colaborem e o utilizem corretamente".

Nota-se, assim, que o método teve uma aceitação satisfatória pela maioria dos trabalhadores, grande parte deles entende que as melhorias foram sensivelmente percebidas e que o grande beneficiado termina sendo o usuário do SUS que reduz o seu tempo de espera por atendimento e vê sendo possível a efetivação de um direito elementar da sua condição humana: a saúde é um direito de todos e dever do estado.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho monográfico nos trouxe até aqui condecorando-nos com significativas constatações e outros importantes questionamentos acerca daquilo que nos propomos pesquisar. As considerações que serão aqui traçadas não poderão assumir caráter conclusivo, muito pelo contrário, chegamos a este ponto com percepções claras da realidade observada, porém cremos que o trabalho científico, longe de pretender esgotar os questionamentos, busca lançar um olhar, a partir de perspectivas distintas, buscando distintos pontos de vista acerca de um mesmo objeto.

A pesquisa que forneceu elementos para a construção deste trabalho visou implantar um modelo de ordenação documental padronizado com o intuito de organizar os prontuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em João pessoa, PB. A partir dos instrumentos de coleta de dados que utilizamos, condensamos informações suficientes para inferir que, mesmo existindo normatizações acerca da produção, uso, tratamento e arquivamento dos prontuários nas instituições de saúde, ainda não há uma preocupação da administração municipal respeitante ao cumprimento das determinações legais que regulamentam a questão do prontuário.

O acesso à informação na UBS pesquisada é pedra fundamental para a qualidade dos serviços prestados. Notamos que a assistência em saúde (ou a sua deficiência e/ou ainda a sua falta) é um problema social de proporções imensuráveis. Vimos, com o auxílio das leituras e da observação direta, que um dos principais gargalos para o pleno exercício do direito de acesso à saúde passa pelos serviços da atenção básica, já que esta se configura como a porta de entrada de todo o sistema, por onde o paciente ingressa e onde encerra seu tratamento, sendo, por esse motivo, também a porta de saída. Percebemos que esse trânsito do paciente pela rede precisa ser devidamente registrado, sendo esse registro feito primordialmente no prontuário, que, dependendo das condições de organização e acesso, determina a agilidade ou morosidade de todo o sistema.

Ao implementar o método de ordenação padronizada dos prontuários para dar agilidade ao acesso às informações, observamos que não são poucas as dificuldades de por em operação algo que interfira na rotina estabelecida por vários anos de práticas e técnicas muitas vezes sem normatização e controle determinados. Tratamos com pessoas do setor público, que trazem consigo relatos de angústias e dissabores vividos sob as determinações de administrações instáveis e gestões ineficientes.

Percebemos que, aplicado o método de ordenação, os funcionários notaram mudanças que eles mesmos consideraram como importantes para a melhoria das atividades laborais, para a agilidade do trabalho e atendimento aos usuários. Eles deixaram transparecer que havia uma necessidade premente por uma medida que solucionasse os problemas relativos aos prontuários como: a demora de localização dos documentos, a dificuldade de identificação das famílias a partir dos dados desconexos fornecidos para a busca, a perda de prontuários, a duplicidade e até triplicidade de documentos, a falta de padronização de um único método de ordenação, etc.

O método de ordenação aplicado aos prontuários proporcionou uma busca mais rápida, a recuperação com precisão total dos documentos buscados, maior satisfação dos usuários, eliminou os casos de perda e duplicidade de prontuários, reduziu o arquivamento de prontuários em local diverso daquele definido pela ordenação e possibilitou que qualquer funcionário da instituição consiga localizar rapidamente e sem dificuldade o documento a partir do fornecimento de um único dado: o número do prontuário.

A perspectiva sistêmica utilizada como suporte teórico nos deu a possibilidade de compreender a instituição a partir das diversas dimensões que assume o conhecimento científico. Buscamos visualizar o objeto a partir um olhar que se entende mais amplo e cientificamente explicável, isto foi possível ao compreender que a instituição não pode ser entendida como uma esfera, fechada em si mesma. Ela está inserida em um sistema que a absorve e a determina, e seu funcionamento é parte de uma engrenagem mutuamente interdependente que se relaciona internamente com suas partes e com os elementos exteriores, partes de um sistema maior. Assim, o arquivo de uma instituição, compreendido como o sistema de informação orgânica que reflete suas atividades, assume as mesmas características multidimensionais que a instituição que lhe dá existência.

Considerando, então, que os resultados funcionais do método foram satisfatórios, visto que atenderam aos seus propósitos, e a possibilidade interativa do arquivo compreendido sob a perspectiva sistêmica, cabe aqui alguns questionamentos: quais os obstáculos que impedem Atenção Básica em Saúde do município de João Pessoa PB de adotar um modelo de ordenação padronizada dos prontuários para a rede? Quais as possibilidades de se disponibilizar em rede (on line) esse método de ordenação para todas as Unidades de Saúde da Família do município? Qual seria a configuração de um sistema integrado de informação orgânica em rede na Atenção Básica da Saúde no município de João Pessoa PB?

Não é o objetivo deste trabalho a busca das possíveis respostas a esses questionamentos, porém, pretendemos deixá-las em aberto para que os próximos passos do

trabalho científico possam nos guiar por essa seara e tentar encontrar novos caminhos que nos levem a dar ainda maiores contributos que levem à melhoria da prestação de serviço na área da saúde como forma de reduzir o sofrimento de quem precisa de atendimento, mas esbarra em verdadeiros moinhos de vento³, e com eles lutam batalhas intermináveis e praticamente invencíveis.

Assim, podemos dizer que o modelo de ordenação documental aplicado aos prontuários da Unidade Básica de Saúde como experimento de pesquisa científica atende às expectativas, superando-as no sentido de que melhorou não somente a recuperação documental, que tornou-se mais ágil e eficiente, mas também contribuiu sensivelmente para a melhoria do trabalho que envolve a produção, uso e arquivamento. Como principal resultado e contributo social têm-se funcionários trabalhando com mais motivação e usuários do sistema de saúde mais satisfeitos com a qualidade dos serviços prestados à comunidade.

_

³ Referência alusiva ao livro "Dom Quixote de la Mancha" de Miguel de Cervantes, no qual o protagonista trava batalhas intermináveis contra moinhos de vento.

REFERÊNCIAS

BARRETO, Aldo de Albuquerque. **A questão da informação**. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v.8, n.4, p 3-8, out./dez. 1994. Disponível em: http://aldoibct.bighost.com.br/quest/quest2.pdf - Acesso em: 28/10/2012.

BARTALO, Linete; MORENO, Nádina Aparecida. **Gestão em arquivologia: abordagens múltiplas**. Londrina: EDUEL, 2008.

BELLOTTO, Heloisa Liberalli. **Arquivos permanentes: Tratamento documental.** - 4. Ed. – Rio de Janeiro : Editora FGV, 2006. 320p.

BERTUCCI, J.L.O. **Metodologia básica para elaboração de TCC**. São Paulo: Ed. Atlas S.A., 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998. Disponível em: <

 $http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/1366/constituicao_federal_35ed.pdf?se~quence=26>~acesso:~05/10/2012$

BRASIL - Ministério da Saúde – **Portaria MS Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#valorizacao Acesso em: 29/10/2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.121/GM de 6 de novembro de 2006** – Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS Acesso em: 23/10/2012

BRASIL - Presidência da República — Casa Civil — Subchefia para Assuntos Jurídicos — Lei N° 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf - Acesso em: 03/11/2012

BRASIL, **Lei dos arquivos: Lei N° 8.159, de 8de janeiro de 1991**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/Leis/L8159.htm - Acesso em: 17/01/2009.

CARVALHO, A.L.B. – Informação em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e o fortalecimento do controle social no SUS – in: Tempus – Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, p. 16-30, Jul./Set. 2009.

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. **Parecer CFM 05/2012** – Disponível em: <www.cfm.gov.b> - Acesso em: 13/11/2012

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n.º 1.638 de 10 de julho de 2002**. *Diário Oficial*, Brasília, 10 jul. 2002. Seção 1, p. 124-5. Didponível em <<u>www.cfm.gov.b</u>> Acesso em: 03/11/2012

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: 13/11/2012

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: 03/11/2012

RAMÍREZ DELEÓN, José Antonio. **Metodología para el diseño y formulación de sistemas de clasificación y ordenación archivística** – in. Gestión de documentos y administración de archivos: Colección cuadernos metodológicos – Cuaderno 3. Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI) - Impreso en México, Primera edición, diciembre de 2011. Disponível em: <

http://inicio.ifai.org.mx/Publicaciones/cuaderno3.pdf> Acesso em: 06/08/2013

GONÇALVES, Janice. **Como classificar e ordenar documentos de arquivo** - São Paulo: Arquivo do Estado, 1998. Disponível em:

 $< http://www.arquivoestado.sp.gov.br/saesp/texto_pdf_11_Como\%20Classificar\%20e\%20Ordenar\%20Documentos\%20de\%20Arquivo.pdf> - Acesso em: 30/09/2012$

GOUVEIA, Luis Borges. RANITO, João. **Sistemas de informação de apoio à gestão** – SPI-sociedade Portuguesa de Inovação – Principia, Publicações Universitárias e científicas. Porto, 2004. Disponível em: < http://www2.ufp.pt/~lmbg/com/aplivro_si04.pdf> acesso em: 05/12/2012.

JIMÉNEZ GONZÁLEZ, Gladys. **Ordenación documental** – Bogotá: El Archivero, División de Clasificación y descripción, 2003, 36 p.: il. Disponível em < http://www.archivogeneral.gov.co/?idcategoria=2329> acesso em: 06/08/2013.

HEREDIA HERRERA, Antonia. **Archivistica General: teoria y pratica** - *Edita:* Diputación Provincial de Sevilla. *Imprime:* Gráficas del Sur. Becas, 10. Sevilla, 1991. Disponível em: < http://pt.scribd.com/doc/81312961/a-General-Teoria-y-Practica-Antonia-Heredia> acesso em: 04/08/2013.

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

AREVALO JORDÁN, Víctor Hugo. – **Técnicas documentales de archivo: ordenación y classificación de los documentos de archivo** – primeira edición virtual y em papel, Ediciones del Sur, Buenos Aires, octubre de 2003. Disponível em http://www.edicionesdelsur.com acesso em: 30/07/2013.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 6. ed. 2008.

LOURENÇÃO, Luciano G.; SOLER, Zaida A.S.G. - **Implantação do programa saúde da família no Brasil** – in: Arq Ciênc Saúde 2004 jul-set;11(3):158-62 – Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol11-3/06%20ac%20-%20id%2038.pdf - Acesso em: 08/11/2012.

MARTINS, Gilberto de Andrade; THEÓPHILO, Carlos Renato. **Metodologia da** investigação científica para ciências sociais aplicadas. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MICHEL, Maria Helena. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**. 2.ed. - São Paulo: Atlas, 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do prontuário de saúde da família.** Belo Horizonte: SES/MG, 2007. Disponível em: < http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2876.pdf> - Acesso em: 03/11/2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - **Declaração Universal dos Direitos Humanos** – ONU, 1948

PAES, Marilena Leite. **Arquivo: teoria e prática** – 3. Ed. rev. amp. – Rio de Janeiro : Editora FGV, 2004. 228p.

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: 11/11/2012.

RODRIGUES, William Costa. **Metodologia Científica**. Paracambi-RJ: Fundação deApoio à Escola Técnica/ Instituto Superior de Tecnologia de Paracambi - FAETEC/IST. 2007. Disponível em: http://www.scribd.com/doc/17018415/metodologia-cientifica - Acesso em: 15/09/2012.

ROLLEMBERG, Márcia Helena Gonçalves. **Marcos institucionais de gestão da informação e conhecimento no Ministério da Saúde** – in: Organização Pan-Americana da Saúde : Gestão do conhecimento em saúde no Brasil: avanços e perspectivas; orgs. José Moya, Eliane Pereira dos Santos, Ana Valéria M. Mendonça – Brasília, 2009. Disponível em: http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/gestion_conocimiento_po.pdf> Avesso em: 06/10/2012.

SCHELLENBERG, T. R. **Arquivos modernos: princípios e técnicas** – tradução de Nilza Teixeira Soares. – 6. Ed. – Rio de Janeiro : Editora FGV, 2006.

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 Tarciso Barbosa de. **Arquivos ativos e massas documentais acumuladas** na administração pública brasileira: busca de novas soluções para velhos problemas. UNB – 1995a.

Classificação: um dos problemas fundamentais da arquivística contemporânea.
Arquivo & Informação, Brasília, v. 1, n. 1, p. 3-4, 1995b.
Classificação em arquivística: apropriação de um conceito — Universidade de São
Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas - Departamento de História -
Programa de Pós-graduação em História Social, 2004.
Classificação de Documentos Arquivísticos: Trajetória de um Conceito – in:
Arquivística.net (www.arquivistica.net), Rio de Janeiro, v.2, n. 2, p 120-142, ago./dez. 2006.
A informação orgânica arquivística - 2009 – disponível em
http://arquivoememoria.files.wordpress.com/2009/04/informacaoorganicaarquivistica1.pdf

Acesso:12/05/2013

SOUZA, Renilson Rehem. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo** / Renilson Rehem de Souza. — 2002. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf Acesso em: 16/11/2012

VALENTIM, Marta Lígia Pomim (Org.) - **Estudos avançados em Arquivologia** — Marília, Oficina Universitária, São Paulo. Cultura Acadêmica, 2012.

APÊNDICE

FACE FRONTAL DO PRONTUÁRIO FAMILIAR

3TNAT230	CRIANÇA 0-1 ano	CRIMIÇA 1 - 4 anos	TUBER-	I BOOVS	CYNCER WENTAL	PLANE. JAMENTO FAMILIAR FAMILIAR	eatable eatable	Базесо	. 7				PRONT	PRONTUÁRIO Nº		ANO
								•			PRONTUÁRIO FAMILIAR	TUÁ	RIO	FAN	ILIA	K
SUS		Sistems Unica de Saúde						E		ESPONSÁVEL	RESPONSAVEL PELA FAMÍLIA (Nome Completo):	Nome Completo	:(0		1	1
				REFEITU	JRA MUNICIPAL DE JOÃO SECRETARIA DE SAÚDE	PAL DE JO	PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA SECRETARIA DE SAÚDE	PSF		NDEREÇO (Ru	ENDEREÇO (Rua, Av., Nº, Bairro, Município):	Municipio):				-14
DISTRITO	.0.			2	MUNICIPIO.	1				28			733			
UNIDADE	36						DATA:] E	(') RISCO DE CARIE -	RIE - 1 - Ath 02 cavidades 2 - Ath 05 cavidades 3 - Mais de 05 cavidades	250000	(**) PRÓTESE (necessidade) 2 - Necessita de Prótese Parcial 3 - Já usa Prótese Parcial	esidade) tese Parcial Parcial	1 - Não necessita 2 - Necessita de Prótese Total 3 - Já usa Prótese Total	ita e Prótese Total ese Total
			NOME	WI			PARENTESCO	DATA DE	133.00	SEXO ESTADO		NATURALIDADE ESCOLARIDADE	ATIVIDADE ECONÔMICA	RENDA	RISCO DE CÁRIE(*)	PRÔTESE (**)
.10								to a land								
02.		A LA	0	-				Salah S								
03.	R	-						6. 21	The second							
. 04		-8						18.816	11					-		
.50																
.90																
.20																
.80			k													
.60																
10.	Ē															
11.																
12.									_							

ANEXOS

ANEXO I

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

OBSERVAR:

- Se existem dispositivos legais que regulamentem a produção, tratamento e arquivamento dos prontuários. Quais são e o que preconizam;
- 2) Quais profissionais produzem prontuários na Unidade Básica de Saúde (UBS). Como produzem e se existe um padrão estabelecido para essa produção;
- 3) Com quais finalidades são produzidos os prontuários da UBS;
- 4) Se existe (ou não) padronização no modo como estão organizados os prontuários e se é possível identificar um ou mais métodos de ordenação aplicados a essa documentação;
- 5) A forma como são solicitados os prontuários no arquivo (se há registro de pedidos, se existe padrão de solicitação, se existe formulário de solicitação, outra forma);
- 6) Do que forma é feita a devolução dos prontuários ao arquivo depois de serem utilizados (quem faz a devolução, com que frequência e a quais critérios obedece);
- 7) Qual a relação entre a organização dos prontuários e o processo de trabalho da UBS. Observar as facilidades e dificuldades propiciadas pela ordenação encontrada antes da aplicação do método padronizado.
- 8) Observar se houve mudanças significativas quanto ao uso e recuperação dos prontuários (tempo de busca, perda e duplicidade de prontuários)
- 9) Observar as dificuldades dos funcionários na ordenação e recuperação dos prontuários.

ANEXO II

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

IDENTIFI	CAÇÃO		
Profissão/Cargo	Tempo de serviço	Idade	Sexo
			M F

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa "Ordenação documental aplicada aos prontuários de uma Unidade Básica de Saúde", cujo objetivo é implementar um método de ordenação documental padronizado para a organização de prontuários em uma Unidade Básica de Saúde. A seguir são apresentadas questões abertas para resposta livre do respondente. Cabe destacar que os resultados serão tratados digitalmente, protegendo-se o anonimato de sua participação. Contamos com sua total sinceridade e seriedade.

QUESTÕES

1)	Qual a sua opinião sobre a organização dos prontuários a partir da aplicação do
méto	odo de ordenação padronizada nesta Unidade Básica de Saúde?
2)	Quais as mudanças que você percebeu a partir da aplicação do método de ordenação
ĺ	prontuários?
3) dos p	Como você avalia os resultados obtidos com a aplicação da ordenação padronizada prontuários da Unidade Básica de Saúde?

4) Na pergunta a seguir você tem a opção de escolher apenas uma das alternativas "SIM" ou "NÃO", sendo que deverá complementar sua resposta de acordo com o que se pede para cada alternativa escolhida:

	SIM	Descreva essa organização exatamente como você compreende:
Você compreende o modo como os prontuários foram organizados com a		
aplicação do método de	NÃO	Indique quais os pontos que você não compreendeu:
ordenação		
padronizada?		

5)	Você tem alguma sugestão ou orientação para o novo método de ordenação dos prontuários
	implantado nesta Unidade Básica de Saúde? Qual(is)?