

*Planejamento e Organização de um Serviço de Registro
Arquivo e Estatística Médica para um
Hospital Infantil*

DR. HUMBERTO BALLARINY

No estado atual de desenvolvimento e complexidade de recursos de que lança mão a medicina e cirurgia, o cuidar da saúde do ser humano é tarefa de equipe, onde a divisão do trabalho transformou o antigo exercício da medicina pelo médico policlínico, numa empresa denominada "hospital".

Portanto, poderíamos definir Hospital como sendo uma empresa organizada para prestar assistência médico-social a uma determinada coletividade, empresa onde predomina a assistência médica visando a preservação da saúde do indivíduo e da coletividade; o tratamento dos doentes e traumatizados; é o aperfeiçoamento das ciências e artes médicas, através a pesquisa e o ensino.

As finalidades básicas que uma empresa denominada hospital deve preencher são as seguintes :

- a) a medicina preventiva através da execução de medidas higiênicas que assegurem a saúde individual e coletiva;
- b) o tratamento dos doentes e acidentados utilizando os mais atualizados recursos de diagnóstico e tratamento, de natureza técnica e material que estejam consagrados pela ciência;
- c) o registro e posterior utilização da experiência adquirida no manuseio cotidiano dos pacientes, do equipamento empregado e das instalações especializadas; de modo a aperfeiçoar toda e qualquer assistência prestada, bem como transmitir a todos os técnicos os conhecimentos adquiridos nos diversos setores do hospital.

O moderno sanitarista, membro ativo do Corpo Clínico, do hospital geral, quer regional, rural ou distrital, viu o seu isolado posto de saúde transformar-se em serviços integrantes da divisão assistencial do hospital moderno, porque:

- a) é mais racional e econômico que os serviços de saúde pública possam contar com a colaboração dos dispendiosos serviços complementares de diagnóstico e usar os recursos da moderna técnica de hospitalização aplicáveis às doenças transmissíveis que todo hospital moderno deve possuir;

b) são de grande valia os subsídios bioestatísticos que os prontuários médicos arquivados segundo a moderna técnica hospitalar podem trazer ao controle sanitário da população.

Em se tratando do diagnóstico e tratamento de acidentados e doentes não se concebe mais a atuação isolada do médico opliclínico cniciente e auto-suficiente do século XVIII e XIX, porque :

a) a aparelhagem imprescindível ao eficiente exercício da atual arte de diagnosticar e curar é tão dispendiosa e requer tanta complexidade na sua instalação e manutenção que somente poderosas emprêsas podem arcar com os ônus de tal equipamento;

b) o organismo estudado à luz das ciências afins com a medicina, sob o moderno conceito da unidade funcional indivisível, ditou de modo imperativo a necessidade das especializações médicas, transformando a arte de diagnosticar e executar o plano terapêutico num trabalho coordenado de uma equipe de médicos e técnicos especializados.

A pesquisa e o ensino, atividades primordiais na concepção moderna do hospital, não são mais realizados, a custa do sacrifício do doente-cobaia, mais sim pelo estudo do minucioso registro de todos os resultados dos exames complementares de diagnóstico, da evolução do caso mórbido, dos efeitos obtidos com os tratamentos empregados, do comportamento do organismo após a alta hospitalar. Todos êstes dados são fornecidos pelo prontuário médico confeccionado, guardado e manipulado pelo Serviço de Identificação, Registro, Admissão, Alta, Arquivo e Estatística Médica (IRAEM).

O aperfeiçoamento e ensino através o hospital não está restrito aos médicos, mas extensível a todos que estão em contato com a instituição, enfermeiras, assistentes sociais, dietistas, técnicos especializados, funcionários em geral e também aos doentes e seus visitantes aos quais o hospital divulga conhecimentos higiênicos.

FINALIDADES DO SERVIÇO DE REGISTRO, ARQUIVO E ESTATÍSTICA MÉDICA

Dentre os serviços técnicos do hospital encontramos o Serviço de Identificação, Registro, Admissão, Alta, Transferência, Arquivo e Estatística Médica que, de acôrdo com o conceito moderno de hospital é um dos mais importantes setores da organização.

O minucioso, bem organizado e tènicamente arquivado prontuário onde se registram todos os fatos que se passaram com o doente durante o seu atendimento no hospital, constitui a mais valiosa das contribuições para o ensino e o aperfeiçoamento da assistência médico-hospitalar. Prontuário Médico é um relatório escrito ordenadamente com os dados sociais, médicos e de enfermagem referentes ao atendimento de um paciente. O prontuário médico é como se fôra o pulso do hospital, pelo seu manuseio sentimos a vitalidade da instituição.

O manuseio e a pesquisa organizada de dados estatísticos nos permitem confirmar ou formular hipóteses doutrinárias, aquilatar da eficiência de certos tratamentos, controlar as endemias e julgar do padrão de eficiência do hospital. Um hospital que não possua Serviço de Registro, Arquivo e Estatística Médica é na feliz expressão de MAC-EACHERN: "Um relógio sem ponteiros" — funciona mas não marca as horas.

Como podemos ver pelo enunciado descritivo do serviço, êle reúne um conjunto de atividades grupadas em tórno de um mesmo objetivo, qual seja a documentação organizada da passagem do paciente pelo hospital, obedecendo a seguinte seriação :

a) o registro dos fatos relativos à assistência hospitalar prestada durante o seu atendimento, incluindo a sua identificação, a sua admissão e os problemas ligados ao seu desligamento temporário ou definitivo do hospital;

b) a guarda dos prontuários de maneira unitária, centralizada e integrada, a anexação ordenada de todos os resultados complementares de diagnóstico quando o doente estiver em tratamento nos ambulatórios, bem como envio diário daqueles prontuários para os locais de tratamento;

c) a apuração, listagem e interpretação dos dados estatísticos contidos nos prontuários como elemento de contróle do padrão de assistência médico-hospitalar. Quando assumimos a Superintendência Geral não possuía o Instituto de Puericultura um serviço centralizado de Registro e Arquivo Médico, não existindo, portanto, a codificação de dados médicos, a fim de possibilitar a utilização da estatística especializada, condição essencial para o ensino e a pesquisa médica. Aquela situação incompatível com o atual conceito de organização hospitalar foi imediatamente atacada pela Superintendência. A primeira fase do trabalho foi o planejamento do Serviço, procurando enquadrá-lo às condições já existentes.

A planta física se prestava admiravelmente para a localização do setor de identificação, registro e admissão, porém, os locais destinados ao Arquivo Médico e as manipulações do prontuário, com fim estatístico, não permitiam o estabelecimento de nenhuma circulação de serviço aceitável.

A solução foi encontrada com a mudança da agência do Serviço Social para junto dos ambulatórios e o aproveitamento daquele local para a instalação dos arquivos e prontuários próximo ao setor de identificação, registro e admissão de doentes. Acresce a circunstância favorável da existência naquele local de monta-carga que facilita o intenso trânsito diário de mais de 100 (cem) prontuários entre os ambulatórios e o arquivo. Nos fluxogramas poderão os leitores acompanhar todos os detalhes do planejamento.

Na segunda fase de organização foram redigidos, com a colaboração do grande técnico em organização hospitalar ATHENAR DE QUEIROZ, os fluxogramas e as rotinas de Identificação, Registro, Atendimento nos ambulatórios, Internação, Alta, Transferência e Óbito, que a seguir transcreveremos.

Convém observar a maneira detalhada e esquematizada com que foram confeccionadas as rotinas, o que facilitou a rápida implantação das mesmas.

INSTITUTO DE PUERICULTURA

Manual de Rotinas Administrativas

Rotina n.º 6

Data de emissão :

Assunto :

Identificação e Registro do Paciente

1. RECEPÇÃO

AÇÃO DA PORTARIA

- a) recebe o paciente de primeira consulta.
- b) encaminha-o ao Registro

AÇÃO DA RECEPCIONISTA DO REGISTRO

Recebe e encaminha o paciente de primeira consulta (o paciente aguarda chamada para registro).

2. REGISTRO

AÇÃO DA REGISTRANTE

- a) faz a chamada dos pacientes para o registro (obedecendo a ordem de chegada).
- b) verificar no Fichário Nominal a existência de registro anterior (pelo nome, sobrenome, sexo, côr, filiação, etc.)
- c) abre Ficha de Identificação para os pacientes não registrados (usando como 2.^a via a parte superior da Ficha Social).
- d) solicitar ao Arquivo os prontuários dos pacientes já registrados.
- e) preenche cartões de matrícula (pelos dados da Ficha de Identificação, cartão rosa — menina, cartão azul — menino.)
- f) registra paciente novo no Livro de Registro (em ordem numérica);
- g) entrega o cartão de consulta ao acompanhante do paciente;
- h) encaminha o paciente à Anamnese.

3. ANAMNESE

AÇÃO DO ACADÊMICO

- a) recebe o paciente, preenchendo a Ficha de Anamnese (mediante a apresentação do cartão de matrícula);
- b) determina a clínica para qual o paciente deve ser conduzido (marcando data da consulta e consultório no cartão de matrícula);
- c) encaminha o responsável ao Inquérito Social.

4. INQUÉRITO SOCIAL

AÇÃO DA ASSISTENTE SOCIAL

- a) entrevista o acompanhante do paciente de primeira consulta (preenchendo a Ficha Social recebida e já identificada);
- b) encaminha o paciente à pesagem.

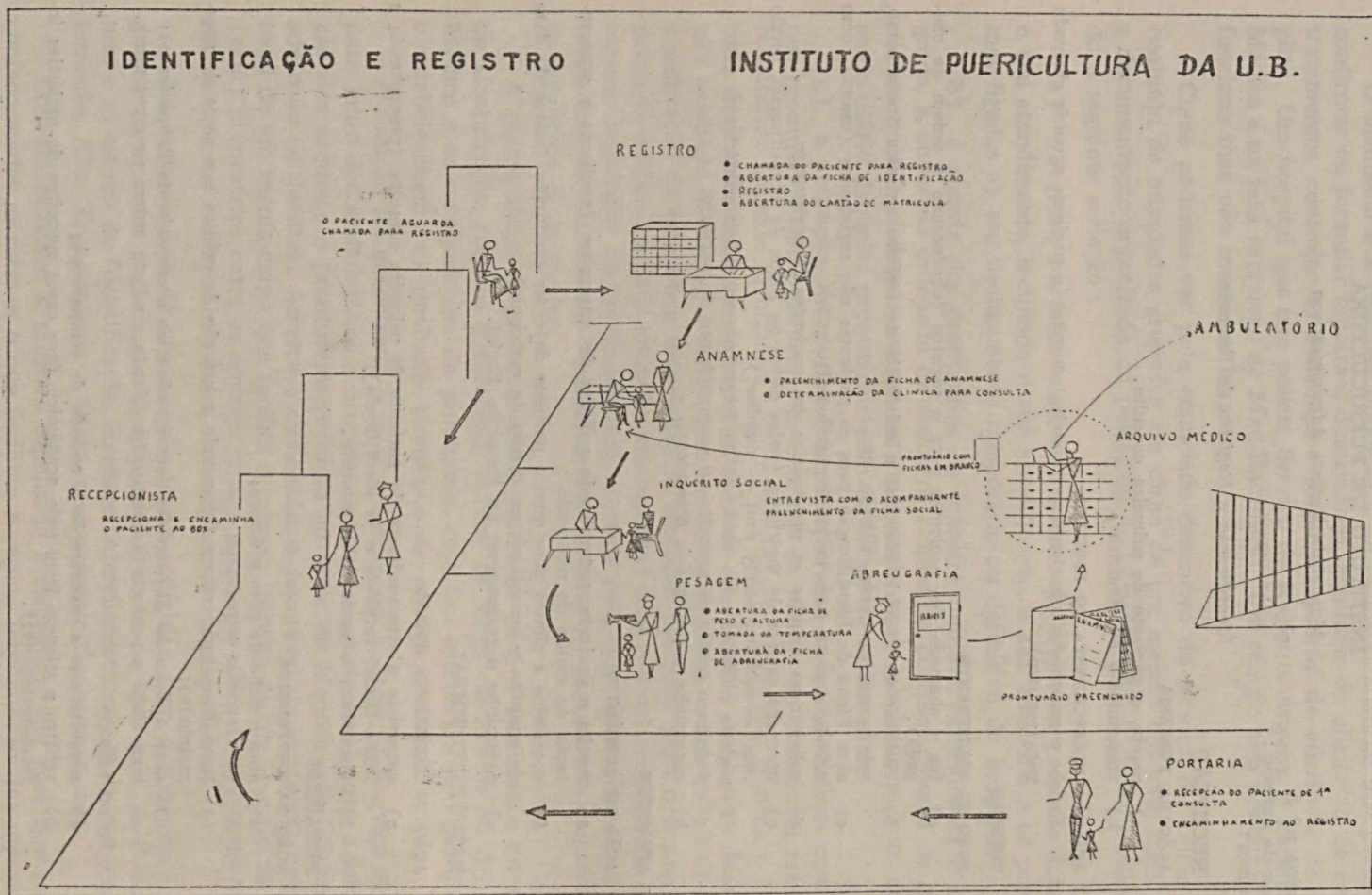
5. PESAGEM

AÇÃO DA ENFERMEIRA

- a) abre a ficha de pêso e Altura;
- b) pesa e mede o paciente;
- c) toma-lhe a temperatura (chamando a atenção do médico nos casos de anormalidade);
- d) abre a ficha de Abreugrafia (entregando-a ao acompanhante do paciente);
- e) encaminha o paciente à abreugrafia (dando o n.º de ordem para consulta).

AÇÃO DO MÉDICO

- a) supervisionar a mensuração e tomada de temperatura;
- b) retifica a triagem feita pelo acadêmico (nos casos suspeitos de moléstias infecto-contagiosas).



6. ABREUGRAFIA**AÇÃO DO OPERADOR DE R.X.**

- a) recebe o paciente munido da ficha de Abreugrafia
- b) radiografa-o (dando à chapa o mesmo número da ficha de Abreugrafia);
- c) encaminha-o ao Contrôlo;
- d) envia diariamente fichas e chapas batidas ao Serviço de Raios X (que anexa posteriormente os resultados às fichas, enviando-as ao Arquivo Médico.)

7. REMESSA DE FICHAS**AÇÃO DO FUNCIONÁRIO ENCARREGADO**

Reune as fichas de Anamnese, Social, Pêso e Altura, e o Cartão de Matrícula (enviando-as ao Arquivo Médico para abertura dos prontuários).

8. RECEPÇÃO DE FICHAS**AÇÃO DO ARQUIVO MÉDICO**

- a) recebe fichas dos pacientes de primeira consulta (remetidas pelo Registro);
- b) abre prontuários (em ordem numérica);
- c) anexa aos prontuários abertos as fichas de Anamnese, Social, Evolução, Pediatria ou Puericultura, e Ordens Médicas;
- d) remete prontuários abertos ao Ambulatório (com cartões de matrícula anexos para serem devolvidos ao acompanhante ao término da consulta).

INSTITUTO DE PUERICULTURA*Manual de Rotinas Administrativas*

Rotina n.º 7

Data de emissão :

Assunto :

Ambulatório — Consultas

1. RECEPÇÃO**AÇÃO DA PORTARIA**

- a) recebe paciente de primeira consulta (encaminha-o ao Registro);
- b) recebe o paciente com consulta marcada (encaminha-o ao Contrôlo).

AÇÃO DA RECEPCIONISTA DO CONTRÔLE

- a) recebe e encaminha ao Ambulatório o paciente de consulta marcada (a partir das ... horas);
- b) confere cartões de matrícula com a Lista Diária de Consultas (fornecida diariamente pelo Arquivo Médico);
- c) marca consulta para outros pacientes em substituição aos ausentes (solicitando ao Arquivo Médico a remessa dos prontuários);
- d) encaminha o paciente de primeira consulta às salas de espera Geral ou de Infectados (após a seleção médica);
- e) limita o número de acompanhantes ao Ambulatório.

AÇÃO DO MÉDICO DO CONTRÔLE

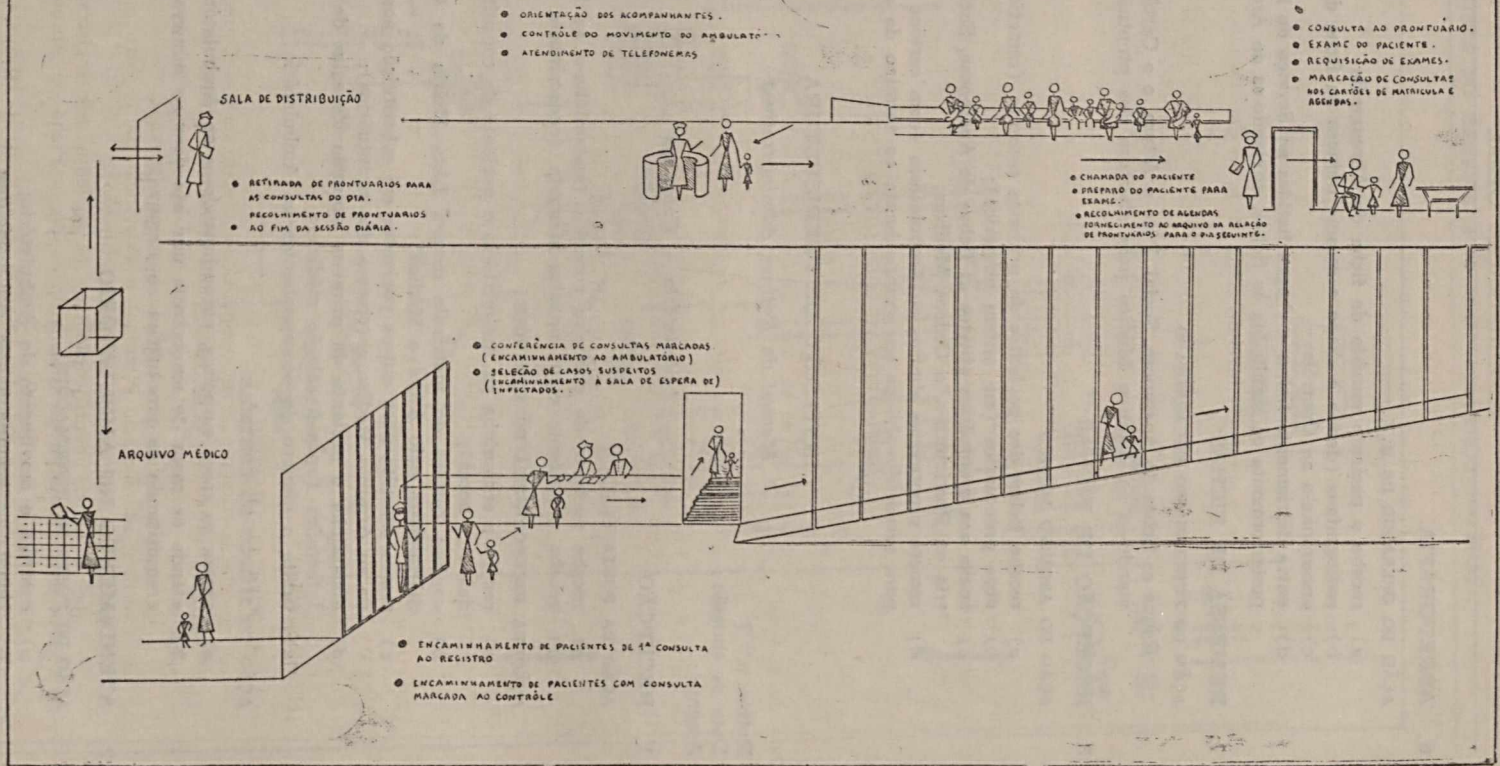
- a) separa os casos suspeitos, encaminhando-os ao Ambulatório de Infectados;
- b) atende os casos de emergência que excedam ao número diário de consultas (requisitando os prontuários ao Arquivo).

2. ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO**AÇÃO DO PÔSTO DE INFORMAÇÕES**

- a) controla o movimento do Ambulatório;
- b) orienta os acompanhantes dos pacientes;
- c) atende a telefonemas e correspondência do Ambulatório.

AMBULATÓRIO — CONSULTAS

INSTITUTO DE PUERICULTURA DA U.B.



AÇÃO DA ENFERMEIRA DA CLÍNICA

- a) retira os prontuários para as consultas do dia (buscando-os na Sala de Distribuição do Arquivo Médico);
- b) atende o paciente, identificando-o pelo prontuário;
- c) presta cuidados gerais de enfermagem (preparando o paciente para o exame médico);
- d) devolve ao acompanhante do paciente a cartão de matrícula (marcando a data da próxima consulta);
- e) recolhe os prontuários levando-os ao Arquivo (ao término da sessão de consultas);
- f) fornece ao Arquivo a relação dos prontuários para o dia seguinte (elaboradas pela listagem dos números dos prontuários registrados como consultas marcadas para aquele dia nas agendas dos médicos).

AÇÃO DO MÉDICO DA CLÍNICA

- a) consulta o prontuário (para reconhecimento do caso ou progresso do tratamento);
- b) examina o paciente;
- c) preenche os impressos do prontuário (de acordo com o caso específico);
- d) solicita exames complementares (usando modelos próprios de requisição);
- e) marca na Agenda a próxima consulta.

INSTITUTO DE PUERICULTURA

Manual de Rotinas

Rotina n.º 8

Data de emissão :

Assunto :

Internação — Alta — Transferência — Óbito

O Instituto de Puericultura admite somente crianças pertencentes ao grupo etário da 1.ª e 2.ª infância e, em casos excepcionais, adolescentes.

TIPOS DE INTERNAÇÃO

1. Indireta — quando encaminhado o paciente pelo Ambulatório.
2. Direta ou de Emergência — quando o paciente fôr particular ou encaminhado por uma das Instituições que mantêm contrato com o Instituto de Puericultura, nesses casos as internações serão feitas até o limite do número de leitos à disposição desse tipo de internação.

1. RECEPÇÃO

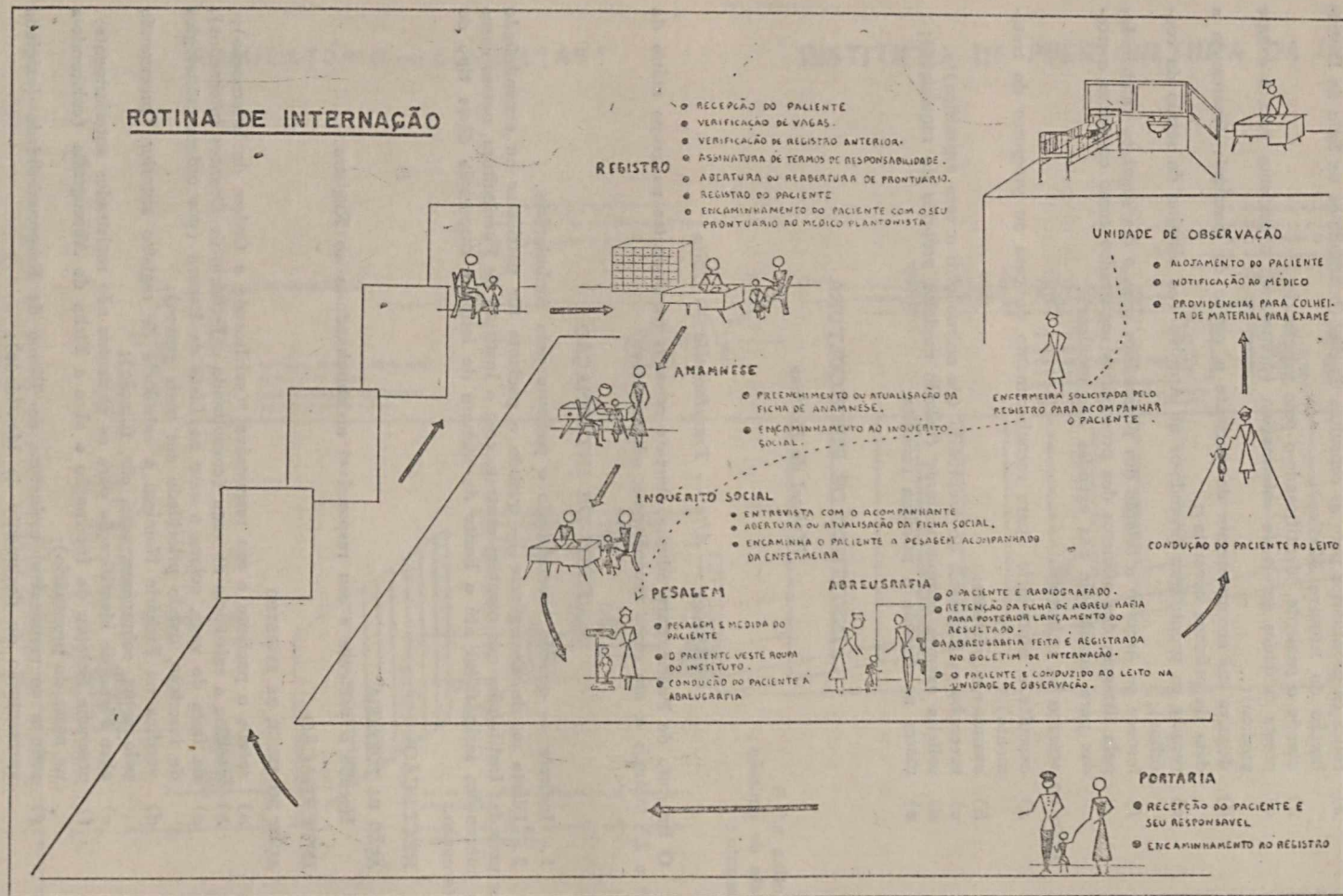
AÇÃO DA PORTARIA

Recebe o paciente e seu responsável encaminhando-os ao Registro.

2. INTERNAÇÃO

AÇÃO DO SETOR DE REGISTRO

- a) recebe o paciente e seu responsável (verificando a Ordem de Internação);
- b) verifica a existência de vaga (consultando o Fichário de Doentes Internados);
- c) na falta de vaga, coloca o caso na Lista de Espera (por ordem cronológica de inscrição, dando prioridade aos mais graves);
- d) verifica no Fichário Nominal a existência de registro anterior (procurando pelo nome, sobrenome, sexo, côr, filiação);
- e) abre Ficha de identificação para os pacientes não registrados anteriormente;
- f) preenche Boletim de Internação e abre a Ficha de Abreugrafia (colocando-a na pasta do prontuário);
- g) solicita ao responsável assinatura do Termo de Responsabilidade (exigindo apresentação do documento de identidade);



- h) abre novos prontuários ou reabre os antigos (anexando-lhes o Termo de Responsabilidade, Boletim de Internação, Resumo de Atendimento e Fichas de Anamnese, Social, Pêso e Altura, Pediatria, Tratamento e Ordens Médicas, Evolução, Exames Complementares, TPR, e Relatório de Enfermagem);
- i) solicita a Enfermeira da Unidade de Observação para conduzir o paciente (acompanhado do respectivo prontuário);
- j) registra o paciente novo no livro de Internações;
- k) registra a nova internação na Relação Diária de Internações;
- l) registra a ocupação de leito no Fichário do Índice visível;
- m) encaminha o paciente e o responsável ao Inquérito Social.

AÇÃO DA ASSISTENTE SOCIAL

- a) recebe o responsável e o prontuário abrindo Ficha Social ou completando ficha anterior (classificando o paciente nos Grupos I. M. ou G. de acordo com a Investigação Social);
- b) encaminha-o ao Plantonista.

AÇÃO DO PLANTONISTA

- a) recebe o paciente abrindo Ficha de Anamnese ou atualizando a anterior;
- b) entrega o paciente à Enfermeira (acompanhado do respectivo prontuário).

AÇÃO DA ENFERMEIRA DA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO

- a) recebe do plantonista o paciente conduzindo-o à sala de pesagem (passando recibo do prontuário);
- b) despe o paciente (devolvendo ao responsável roupas e adereços do paciente);
- c) pesa e mede o paciente (registrando os dados na ficha respectiva);
- d) veste a criança com a roupa do IPR do hospital;
- e) leva o paciente a Abreugrafia;
- f) conduz o paciente ao leito designado na Unidade de Observação;
- g) comunica imediatamente ao médico assistente a nova internação;
- h) providencia a colheita de material para exames de rotina (Vide Rotina n.º 9 — Requisição de Exames).

AÇÃO DO OPERADOR DE RAIOS X

- a) recebe a Ficha de Abreugrafia;
- b) faz a abreugrafia do paciente (dando à chapa o mesmo número da Ficha);
- c) retém a Ficha para lançamento posterior da interpretação;
- d) assinala no Boletim de Internação a Abreugrafia feita.

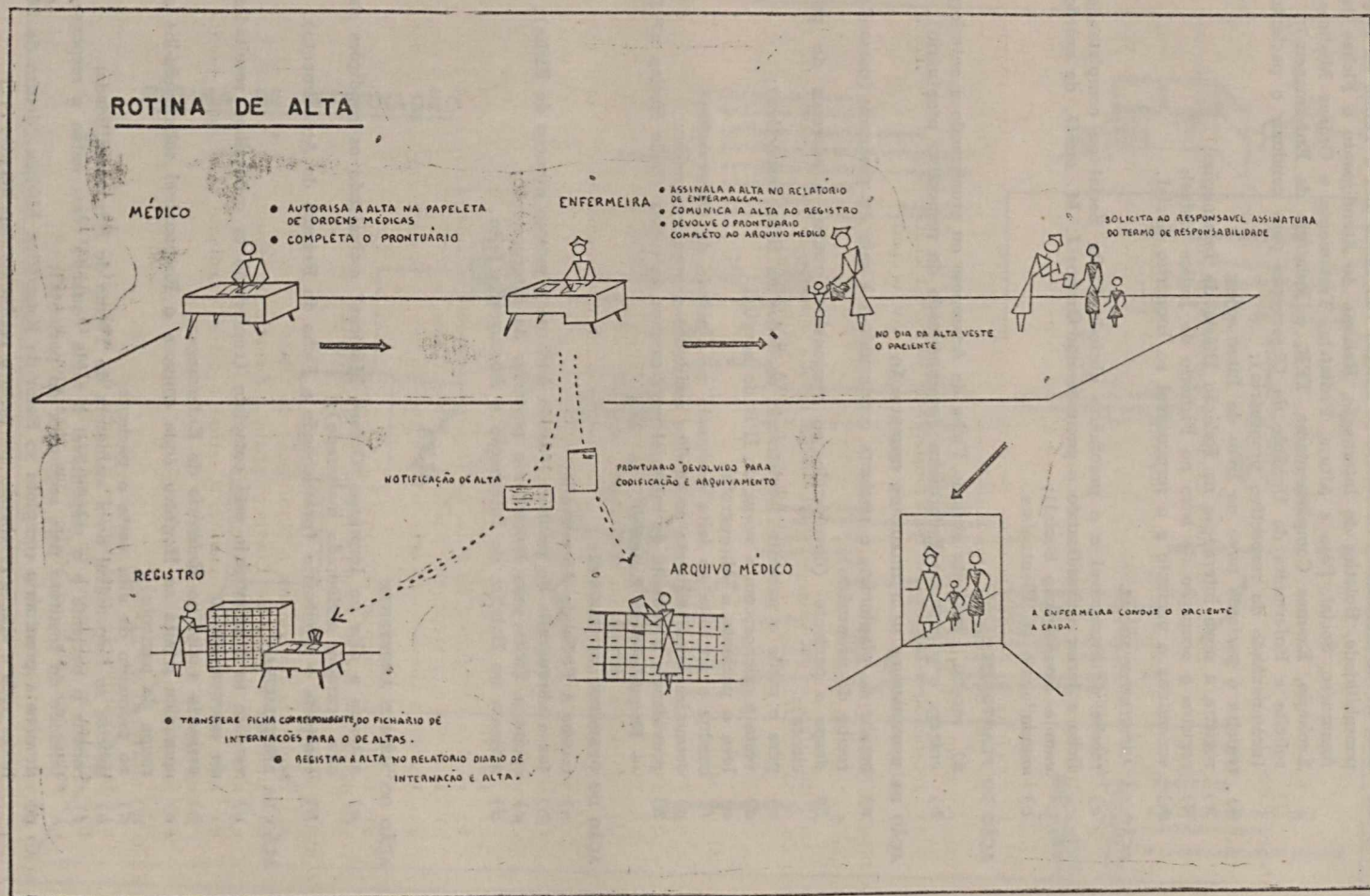
ALTA

AÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

- a) autoriza a alta no Impresso "Ordens Médicas" assinalando as condições da alta (curado, melhorado inalterado);
- b) completa o prontuário (preenchendo a Ficha do Resumo de Atendimento).

AÇÃO DA ENFERMEIRA

- a) verifica se o prontuário está completo (conferindo os cabeçalhos, resultados de exames, etc.);
- b) assinada a alta no Relatório de Enfermagem;
- c) comunica a alta ao Registro (que convoca o Responsável solicitando-lhe a roupa do paciente);
- d) no momento da alta veste o paciente;
- e) solicita ao responsável nova assinatura do Termo de Responsabilidade;
- f) conduz o paciente e o responsável à saída (quando cessa então a responsabilidade do Instituto pela segurança do paciente);
- g) devolve o prontuário completo ao Setor de Estatística Médica (dentro de 24 horas após a alta, e recebendo em troca o recibo correspondente).



AÇÃO DO SETOR DE REGISTRO

- a) retira do Fichário de Admissões a ficha correspondente;
- b) arquiva a ficha no Fichário de Altas;
- c) lança o fato no relatório diário de internações e altas.

TRANSFERÊNCIA (entre enfermarias)

AÇÃO DO MÉDICO

- a) consulta ao médico da nova clínica a possibilidade da transferência do paciente;
- b) autoriza a transferência no impresso "Ordens Médicas";
- c) completa o prontuário.

AÇÃO DA ENFERMEIRA

- a) transfere o paciente de acôrdo com o entendimento prévio;
- b) comunica ao Registro a transferência (preenchendo a "Notificação de Transferência");
- c) comunica a transferência aos Serviços do Arquivo (para as devidas anotações na guia de saída do prontuário);

AÇÃO DO SETOR REGISTRO

- a) recebendo a Notificação de Transferência altera o Fichário Nominal de índice visível (assinalando a nova enfermaria e leito ocupado).

TRANSFERÊNCIA (na mesma enfermaria)

AÇÃO DA ENFERMEIRA

- a) transfere o paciente de leito após a devida autorização da Supervisôra;
- b) comunica aos setores competentes a nova localização do paciente.

ÓBITO

AÇÃO DO MÉDICO

- a) verifica o óbito com a presença da enfermeira;
- b) preenche o Boletim de Óbito e assina-o;
- c) preenche o Cartão de Identificação do corpo;
- d) notifica a família ou responsável
- e) no caso de autópsia pede autorização à família ou responsável de acôrdo com as recomendações da Superintendência;
- f) recebe o resultado da autópsia registrando-o no prontuário.

AÇÃO DA ENFERMEIRA DA UNIDADE

- a) prepara o corpo após o óbito;
- b) solicita o impresso de óbito ao Registro (durante a noite à Supervisora);
- c) acompanha a atendente que leva o corpo à Morgue;
- d) apanha a chave da Morgue no Registro ou com a Supervisora (fora da hora do expediente);
- e) verifica a colocação do corpo na geladeira;
- f) devolve a chave ao Registro ou à Supervisora.

AÇÃO DO SETOR DE REGISTRO E ARQUIVO

- a) recebe da Enfermeira a Notificação de Óbito;
- b) transfere a Ficha de Internação para o Fichário de Óbitos;
- c) altera o fichário de índice visível;
- d) autoriza a empresa funerária a retirar o corpo (mediante autorização escrita da família ou responsável);
- e) junta a autorização à Notificação de Óbito e arquiva-a.

AÇÃO DO ANATOMO-PATOLOGISTA

- a) faz a verificação *post-mortem* (diante da Requisição de Autópsia);
- b) registra as conclusões do exame no Boletim de Autópsia;
- c) envia conclusões ao Médico que requisitou a autópsia.

AÇÃO DO ENCARREGADO DA MORGUE

Entrega o corpo à empresa funerária devidamente autorizada pelo Registro.

ROTINA DE ÓBITO

