

## *Da importância de um sistema de arquivamento em um hospital moderno*

MARIA DO CARMO MAIA E ALMEIDA  
 Oficial Administrativo do Ministério da  
 Agricultura com exercício no D.A.S.P.

O arquivo constitui problema de grande interesse nos diferentes setores da atividade humana. É ele, no dizer de Allen Chaffee, o depósito de informações e, como tal, deve ser organizado de maneira que possibilite a maior rapidez e eficiência na objetivação de suas finalidades.

A significação de um bom sistema de arquivamento adquire tonalidades muito mais vivas quando focalizamos o assunto em uma organização hospitalar, dado o aspecto decisivo com que essa instituição se apresenta na vida humana.

Aquí traçaremos, apenas, as linhas gerais do problema. A fixação de detalhes está em função direta das necessidades de cada hospital em particular.

\*  
 \* \*

Paralelamente à evolução do clínico antigo para o clínico moderno, operou-se uma transformação, em amplitude e significado, do hospital de nossos dias. Desapareceu quase completamente o "médico de família", que acompanhava o indivíduo desde o berço até a velhice. A medicina tornou-se altamente tecnizada, exigindo o desdobramento em especialidades múltiplas e requerendo o manejo de aparelhagem complexa. Diante dessas contingências, não somente mudaram as relações do médico com o doente, senão também as do médico assistente com os seus colegas especialistas e de todos esses com o hospital.

E estas mudanças impuseram decisivamente a necessidade de se criar um documentário, um repositório de fatos, de opiniões, de todas as ocorrências relacionadas com o paciente. O registo médico do doente é hoje arma valiosa no exercício da medicina e sua significação é tão categórica, que se tem afirmado ser possível medir a eficiência da boa organização de um hospital

por um simples repasse de olhos nos seus arquivos.

\*  
 \* \*

É sem dúvida, inofismavel o valor do registo médico. Para o hospital, ele é a chave de todas as suas relações com o paciente. É o único instrumento que possibilita uma boa coordenação dos diversos departamentos que atuaram sobre o mesmo caso. É o elemento de que lança mão a direção hospitalar para avaliar e controlar a eficiência de seus próprios serviços. Também os aspectos contábil e financeiro nele tem suas raízes. E o aspecto legal aí encontra uma poderosa arma contra os conflitos que possam surgir por falecimento, contra as acusações de imperícia médica, contra a responsabilização da sequência de uma tentativa de suicídio, homicídio, etc.

Quanto à significação de registo para o doente, ela é evidente por si mesma. É mais significativa será ainda se se tratar de uma recidiva, ou de nova doença que exija o retrospecto de pequenos fatos inerentes a doenças anteriores, de há muito ocorridas. Nenhuma memória humana, por mais privilegiada que fosse, poderia avivá-los com precisão.

Expressivo é ainda o valor do registo para o médico. Constitue um dos seus melhores instrumentos de trabalho, uma boa garantia das responsabilidades assumidas. É, talvez, o mais precioso dos seus livros de aprendizagem, pois que se apresenta quase como um tratado atualizado de medicina. Se aceita essa afirmativa, podemos dizer que o registo é um alicerce sólido para a pesquisa médico-científica.

\*  
 \* \*

O registo médico deverá conter o histórico do que ocorreu com o paciente, no que possa ter



significação, imediata ou remota, para a evolução de seu estado de saúde. O seu conteúdo específico constitui, todavia, matéria de exclusiva alçada de cada especialista. Assim, não cabe neste artigo a fixação desses pormenores.

O técnico em arquivo tem, porém, função de relevo no preparo desses registros. Ouvindo a opinião dos especialistas, cabe-lhe orientá-los na disposição material do trabalho e oferecer-lhes o exemplo de experiências alheias para facilitar-lhes a tarefa.

De um modo geral, a organização desses registros deve atender a certas exigências. O tamanho pequeno de fichas, sobre dificultar o seu manuseio por desdobrarem em excesso o "dossier", torna muito limitado os espaços a preencher. Os formatos excessivamente grandes, incômodos de manejo, implicam desperdício de espaço e material nos casos simples e exigem um arquivamento sensivelmente mais caro. Os formatos intermediários são sempre os mais aconselháveis, pela sua economia, por seu manuseio fácil, pela sua suficiente extensão.

A orientação geral a seguir quanto à maior ou menor amplitude de pormenores a registrar e à maneira por que são registados esses detalhes, deve merecer especial atenção no preparo do registro de um hospital. Três orientações são geralmente seguidas. A primeira adota a ficha com os elementos de identificação seguidos de grandes espaços em branco, que serão preenchidos a critério do médico. Este geralmente o faz — e sempre deve fazê-lo — de próprio punho. Este sistema de ficha só é recomendável num pequeno hospital, de escassos recursos financeiros. O baixo custo de aquisição e de manutenção constitui sua única vantagem. Suas desvantagens são evidentes. Ele não assegura uniformidade, de vez que cada clínico registra apenas aquilo que lhe parece ser necessário fazer. Acontece, ainda, que mesmo os médicos mais criteriosos acabam registrando o mínimo possível de dados. Ao fim de alguns anos — é fácil concluir — o sistema perde a sua significação por omissão. Outra circunstância que condena tal sistema é a de que os médicos se tornaram famosos pela sua má caligrafia. Não raro, só um farmacêutico pode ler a receita que nem mesmo o médico seria capaz de reler. Destarte, esse registro também falha por

indecifrável, anulando a pesquisa científica e diminuindo a eficiência da estatística.

Muito mais completo é o tipo de registro no qual a ficha consigna, já impressos, um grande número de fatos ou ocorrências médicas de incidência frequente e, também, as suas fases de observação. Cabe ao médico preencher o claro com um número, um sinal convencional, uma observação curta (normal, bom, etc).

O terceiro tipo é um desenvolvimento do anterior ao grau máximo. Esse desdobramento de fatos tem algumas vantagens. Pougando ao médico o trabalho manuscrito, anula quase totalmente as consequências de sua má caligrafia e torna a sua tarefa, de algum modo, mais rapidamente exequível. Tem, porém, a desvantagem de ser extremamente complexo, excessivamente rígido em certos casos e muito dispendioso. Tal sistema só convém a instituição hospitalar de grandes recursos.

É frequente o fato de um hospital ter uma ótima coleção de fichas médicas e o seu serviço de arquivo falhar, inteiramente, por má previsão do sistema das pequenas fichas auxiliares. As fichas auxiliares e as de referência cruzada são normalmente sub-estimadas na organização dos arquivos hospitalares. Para comprovar o erro desta atitude basta pensar em que cada uma das diferentes subdivisões de um hospital apresenta as mais variáveis e imprevisíveis sequências de comunicações com as demais. Atendendo a essa circunstância, o hospital não pode deixar de ter um sistema de comunicações perfeitamente organizado e controlado.

Atenção especial deve ser dada ao documentário geral anexo, sobretudo ao documentário radiográfico. A padronização desse material em um só formato, ainda que desejada, é inexecutável. Geralmente, recorre-se a uma pasta, ou a um envelope, capaz de conter a maior das chapas. Recomenda-se a guarda do documentário radiográfico, em local diferente. Pela sua natureza inflamável, pela sua suscetibilidade ao mofo, esse material requer, de fato, o uso de arquivos especiais.

\*

\* \*

A guarda dos registros médicos é, de um modo geral, confiada ao hospital em que o doente esteve



internado. Na grande maioria de nossos hospitais, cada serviço, departamento, ou clínica mantém o seu registro próprio. Essa descentralização, formando compartimentos estanques, é prática fortemente condenável. Com acêrto já se adota o sistema centralizado.

Cumpre acentuar que há três interessados no registro médico: a instituição hospitalar, o médico e o doente. Necessária se torna, pois, uma previsão para que a primeira possa ir em auxílio dos outros dois no momento desejado. O hospital deve, portanto, estar em condições de, pronta e eficientemente, fornecer cópias perfeitas de seus registros.

Uma outra hipótese pode ser aventada. Muita vez um profissional deseja proceder a estudos de relevante importância e, para melhor documentação, recorre à experiência alheia, acumulada, às vezes, por decênios. Neste caso, deve-se-lhe dar acesso aos arquivos. E aqui, o arquivista deve recomendar — e de algum modo controlar — a guardar do sigilo profissional. Não deve ser permitido, porém, o empréstimo dos documentos arquivados, mas apenas, a consulta. Igualmente deve ser exigida a omissão dos nomes ou características de identificação, e até mesmo dos números de registro.

\*

\* \*

O arquivo de um hospital deve ter sede em lugar realmente apropriado. Sua eficiência está em função muito íntima de sua localização. Ele deve estar situado entre três unidades: o ambulatório, a entrada da internação e os serviços de administração. Esse serviço não se deve encontrar em espaço pequeno que dificulte a locomoção dos funcionários que nele trabalham, impedindo-lhes movimentos rápidos. É de conveniência, ainda, que haja equipamento confortavel para consulta e manuseio dos registros por parte dos consulentes. É de boa regra recomendar-lhes que tirem dos arquivos o que lhes convier, mas que não o repõem nos seus lugares. Nesta fase, geralmente, é que se cometem os enganos. Tal tarefa deve caber ao arquivista.

\*

\* \*

O crescimento de um arquivo médico importa o desdobramento em duas unidades: o ar-

quivo morto e arquivo vivo. Ao primeiro pertencem os registros dos doentes falecidos e também — por absurdo que pareça — os dos doentes que tiverem alta ha longo tempo. Há quem prefira incorporar ao arquivo morto os registros de todos os doentes que tiverem alta. Tal uso, todavia, obriga a frequentes buscas ao arquivo, que poderiam ser dispensadas. A adoção dessa medida só se justifica quando existe carência de espaço no arquivo vivo, ou quando o movimento hospitalar é enormemente elevado.

Durante muito tempo, o arquivo morto foi conservado em moveis de aço, o que implicava em um enorme gasto desse material. Alguns hospitais chegaram mesma à prática, fortemente desaconselhavel, de incinerar os registros relativos a dois ou três decênios. Hoje, recorre-se à guarda em caixas de papelão simples, montadas em estantes de maneira, até o teto. É uma instalação de pequeno custo e que requer muito pouco espaço, embora menos prática.

Quanto ao arquivo vivo, não é possível recorrer a instalações outras senão às do arquivo de aço. Basta, contudo, o sistema de arquivamento vertical. Por exagero de luxo e por organização mal orientada, chegou-se a aconselhar o uso de arquivos horizontais. Mesmo pondo à parte o seu elevado preço de instalação e o excessivo espaço que ocupa, o arquivo horizontal apresenta inconvenientes flagrantes. Ele só se torna eficiente quando anotações rápidas e imediatas são exigidas. O "dossier" de um paciente consta, com frequência, de peças anexas que não podem figurar nesse tipo de arquivo. E o seu uso é tanto mais desaconselhavel quando atentamos para o fato de que um "dossier", podendo conter peças em número imprevisível, e que cresce de forma irregular, exige, para anexação de nova peça, um deslocamento de tudo que fica abaixo.

\*

\* \*

Já condenamos a descentralização de arquivo. É desnecessário insistir. No arquivo central, três sistemas podem ser adotados: o alfabético, o numérico e o registro por doença. O mais simples é, sem dúvida, o da classificação alfabética. O mais frequente, porém, é o da numérica que apresenta, sobre a primeira, a vantagem de salvar melhor o seguro profissional, visto que todas as buscas e consultas se fazem pelo número. Para o



caso particular de cada paciente, basta organizar-se uma referência cruzada de nome e número.

Se visualizarmos o uso do arquivo em proveito da pesquisa médico-científica, a forma ideal de arquivamento do documentário de um hospital é a do registo por classificação de doença. Realmente, torna-se muito mais fácil alcançar todos os casos de uma determinada moléstia quando eles estão agrupados, do que reuni-los, retirando número por número, nome por nome.

Ouvi, de diferentes médicos, a afirmativa da inexistência de uma classificação de doença, perfeita e completa. Um bom trabalho nesse sentido é a Classificação Internacional de Doenças. Basta o bom senso, porem, para revelar que as suas variantes e simplificações são quase sempre falhas. Adotado o critério de grupamento de casos por região, doenças aparecem que não podem ser atribuídas especificamente a este, ou aquele grupo. Tal sistema deve ser completado pela organização paralela de uma série de outros manuais de serviço, de caráter muito técnico, que geralmente criam embaraços para os próprios médicos e fortes perturbações para os arquivistas.

Por exigir a organização de registos cruzados, o sistema de arquivamento por classificação de doença torna-se muito complexo. E assim, mais aconselhável é o regime de arquivamento por numeração contínua em ordem de matrícula. Se as consultas para fins de pesquisa forem frequentes e trabalhosas mais vale designar um arquivista auxiliar colocando-o apenas à disposição dos consulentes.

Dentro de cada "dossier" (pasta individual ou envelope), as fichas podem ser ordenadas de duas maneiras. No primeiro sistema existe uma ordem rígida pre-estabelecida, na qual elas se devem suceder. As fichas componentes costumam, então trazer, ao canto superior direito, o número que lhes cabe dentro dessa ordem. O sistema é, porem, um pouco arbitrário, e não permite o controle de número de peças de que se compõe o "dossier". A segunda forma é preferível. Incorporam-se ao "dossier" as diversas fichas em rigorosa ordem cronológica, enumerando-as sucessivamente. O "dossier", até certo ponto, torna-se um pouco mais confuso para fins de estatística,

ou de consulta rápida. Ganha, porem, um grande valor: torna-se um espelho fiel da evolução do caso.

Para afastar as dificuldades na busca de certas e determinadas fichas dentro do "dossier", usa-se o processo simples de barra ou cantoneira colorida. Cada cor identificará a categoria ou especialidade.

\*

\* \*

Um serviço de arquivamento em um hospital exige do pessoal que o compõe qualidades excepcionais. Requer excelentes arquivistas, precisos e eficientes, que sintam a responsabilidade elevada que lhes cabe na guarda do segredo profissional. Devem possuir também uma habilidade de trato social desenvolvido que lhes permita o contato diário com o corpo técnico do hospital e, sobretudo, com uma classe de público, justificadamente, difícil de manejar: a do doente. Dele, porem, depende 50%, apenas, da eficiência de um bom registo no hospital. Na verdade, a parte mais penosa cabe ao médico a quem compete preencher a ficha médica. Delegar competência a uma enfermeira, por melhor que seja, é sempre condenável. Quando muito facilita-se-lhe a tarefa reduzindo-se o mais possível, as anotações a pequenos sinais, ou pondo, ao seu lado, uma estenodatilógrafa a quem dite as informações.

No arquivo de um hospital, problemas específicos há que só podem ser levantados concretamente, diante de cada caso a examinar, tomando em consideração o volume da instituição, de sua capacidade financeira, a extensão de seus serviços, os detalhes técnicos de sua organização e atendendo ainda à orientação profissional do corpo médico que nele trabalha.

\*

\* \*

Nada mais se precisa dizer para esseverar que um bom serviço de arquivamento — no caso específico de um hospital, ou em qualquer outra instituição — se impõe não só pelas suas próprias finalidades, mas, também, por refletir exteriormente a boa marcha de um serviço racionalmente organizado.