



FACULDADE DE LETRAS
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Inês Sofia Mateus Moura

GESTÃO DOCUMENTAL NA ÁREA DA SAÚDE
TRABALHO DE PROJETO NO HOSPITAL COLÓNIA
ROVISCO PAIS

Trabalho de Projeto do Mestrado em Ciência da Informação, orientado pela Professora Doutora Maria Cristina Vieira de Freitas, apresentado ao Departamento de Informação, Comunicação e Filosofia da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.

Outubro de 2021

FACULDADE DE LETRAS

GESTÃO DOCUMENTAL NA ÁREA DA SAÚDE TRABALHO DE PROJETO NO HOSPITAL COLÓNIA ROVISCO PAIS

Ficha Técnica

Tipo de trabalho	Trabalho de Projeto
Título	Gestão documental na área da saúde
Subtítulo	Trabalho de projeto no Hospital Colónia Rovisco Pais
Autora	Inês Sofia Mateus Moura
Orientadora	Maria Cristina Vieira de Freitas
Júri	Presidente: Doutora Maria Manuel Lopes de Figueiredo Costa Marques Borges
	Vogais:
	1. Doutora Olívia Manuela Marques Pestana
	2. Doutora Maria Cristina Vieira de Freitas
Identificação do Curso	2º Ciclo em Ciência da Informação
Área científica	Ciência da Informação
Data da defesa	03-12-2021
Classificação	18 valores

DEDICATÓRIA

Ao Tiago, à minha avó, à minha tia
Helena e à Doutora Graça,
que tornaram todo este caminho mais luminoso.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de exprimir algumas palavras de agradecimento a todos que de forma decisiva contribuíram para a concretização deste trabalho de projeto.

À Professora Doutora Cristina Freitas pela excelente orientação prestada, pelo incansável apoio e motivação. Sem o seu engenho, empenho e rigor científico, este trabalho não seria possível. Aproveito para agradecer ao notável corpo docente de Ciência da Informação da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra pelo empenho e conhecimentos transmitidos ao longo da licenciatura e do mestrado.

À Professora Doutora Graça Simões que me inspirou a ingressar no Mestrado, e que, apesar de já não estar entre nós, é um grande exemplo para mim. Uma excelente pessoa, professora e, sobretudo, amiga com a qual tive a sorte de aprender e conviver.

À Dr.^a Cristina Nogueira, pelo carinho, disponibilidade, transmissão de experiências, criação e solidificação de saberes. Agradeço também por ter acreditado em mim para este projeto e por disponibilizar todos os recursos para a concretização do mesmo.

Ao Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais que possibilitou o desenvolvimento deste trabalho. À Dr.^a Sónia Fervença, que foi uma ajuda preciosa na execução deste trabalho. Só tenho a agradecer a toda a equipa pelo carinho e empenho em atender aos meus pedidos.

A toda a equipa da Biblioteca da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra por todo o carinho, preocupação e ajuda que sempre tiveram para comigo, nomeadamente à Doutora Ana, à Beatriz, à Albertina, à Ana, à Aurélia, à Emerenciana e ao Eber.

Ao Celso que esteve sempre ao meu lado e me apoiou em todas as etapas, pela compreensão e sobretudo por acreditar sempre em mim e não medir esforços para a concretização dos meus sonhos.

À Inês pela atenção, preocupação e paciência que sempre demonstrou durante a elaboração do presente trabalho e que, mesmo com a distância sempre esteve presente. O meu ombro amigo nos bons e sobretudo nos maus momentos. Agradeço também aos meus amigos e colegas, especialmente à Cátia, que mesmo distantes sempre me incentivaram e me apoiaram independentemente do momento.

Por último, mas não menos importante, agradeço aos meus pais que sempre me motivaram, incentivaram e inspiraram da maneira mais pura e verdadeira, que sempre acreditaram na minha capacidade e no meu esforço. Agradeço à minha avó, por todos os ensinamentos ao longo da vida, por todas as palavras de encorajamento e orgulho e a toda a

minha família o incentivo. A todos os que contribuíram de alguma maneira para a conclusão deste trabalho, o meu muito obrigada e espero proporcionar muito orgulho a cada uma destas pessoas. Muito obrigada!

Gestão Documental na Área da Saúde: Trabalho de Projeto no Hospital Colónia Rovisco Pais

Resumo:

A doença de Hansen é ainda hoje uma realidade. Em Portugal, com a criação do Hospital Colónia Rovisco Pais, em 1947, convertido no ano de 1996 no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais (CMRRC-RP), reuniu-se uma vasta documentação de natureza clínica proveniente da antes designada Leprosaria Nacional. A escassez de meios humanos e técnicos contribuiu para uma significativa acumulação de documentação, que não terá sido acompanhada pela organização e conservação arquivística, tornando necessária uma intervenção no sentido de avaliar o estado físico da documentação, identificar o sistema de organização e propor um modelo de tratamento documental desses documentos, com uma importância histórica e social elevada, de forma a facilitar o acesso a essa informação, sendo este o objetivo principal da proposta de trabalho de projeto desenvolvida no Arquivo Clínico do Hospital Colónia Rovisco Pais. Para tal, apoiámo-nos numa pesquisa bibliográfica, de modo a clarificar conceitos relacionados com a temática, que nos permitissem aliar a teoria à prática. Na parte prática, para além da análise dos documentos e da sua organização, empreendemos um tratamento documental assente nos recursos materiais e humanos disponíveis. Por se tratar de informação sensível, optámos também por elaborar uma proposta de regulamento arquivístico de forma a delinear o acesso aos documentos. Os resultados deste trabalho, que é fruto da consolidação da aprendizagem em ambiente aplicacional, neste caso, no Hospital Colónia Rovisco Pais, materializam-se na organização dos processos clínicos, obedecendo a uma ordenação alfabética pelo nome dos pacientes e a sua listagem, para efeitos de inventariação e recuperação da informação, em tabela própria, que contém os dados principais de cada processo. Como conclusão, o facto de a aprendizagem em contexto de trabalho ter-nos proporcionado a oportunidade de perceber a importância da gestão documental num arquivo definitivo, aliada à importância da presença do profissional da informação neste ambiente, que para além de gerir os processos, tem também a função de os difundir e facilitar o seu acesso.

Palavras-chave: Gestão documental; Informação hospitalar; Hospital Rovisco Pais; Processos clínicos; Arquivos hospitalares

Records Management activities in the Health Area: Project Work at Hospital Colónia Rovisco Pais

Abstract:

Hansen's disease is still a reality today. In Portugal, with the creation of the Hospital Colónia Rovisco Pais in 1947, converted in 1996 into the Central Region's Center of Medicine and Rehabilitation – Rovisco Pais, a vast amount of clinical documentation was gathered from the former National Leprosarium. The scarcity of human and technical resources contributed to a significant accumulation of documentation, which will not have been accompanied by archival organization and conservation, making it necessary an intervention to assess the physical state of the documentation, identify the organizational system and propose a model for document treatment of these documents, with high historical and social importance, in order to facilitate access to the information, this being the main goal of the work project proposal developed in the Clinical Archive of the Hospital Colónia Rovisco Pais. To this end, we relied on bibliographical research, in order to clarify concepts related to the theme, which would allow us to combine theory with practice.

In the practical part, in addition to the analysis of documents and their organization, we undertake a documental treatment based on the material and human resources available. As this is sensitive information, we have also chosen to prepare a proposal for archival regulations in order to outline access to documents.

The results of this work, which are the results of the consolidation of learning in a applicational environment, in this case, at the Hospital Colónia Rovisco Pais, materialized in the organization of the clinical processes, obeying to an alphabetical order by the name of the patients and their listing, for the inventory and information retrieval effects, in a specific table, that contains the main data of each process.

In conclusion, the fact that learning in a work context has provided us with the opportunity to understand the importance of document management in a definitive archive, combined with the importance of the presence of the information professional in this environment, which, in addition to managing the processes, also has the function of disseminating it and facilitate its access.

Keywords: records management; hospital information; Rovisco Pais Hospital; clinical processes; hospital archives.

SUMÁRIO

Introdução.....	1
1. Fundamentação teórica.....	5
1.1 Enquadramento geral e definições operacionais	5
1.2 O ciclo de vida dos documentos e os seus impactos nos arquivos e no tratamento arquivístico.....	13
1.3 Fatores de deterioração dos acervos documentais.....	19
2. Os arquivos hospitalares: enquadramento geral e tratamento documental	22
2.1 Gestão de informação e sistemas de informação na área da saúde: apontamentos gerais .	22
2.2 Competências e papel do profissional da informação na área da saúde.....	24
2.3 Arquivos hospitalares: enquadramento geral e definições	27
2.4 Instrumentos de gestão de informação em arquivos hospitalares	30
2.4.1 Regulamento arquivístico e portaria de gestão documental	30
2.4.2 A plataforma CLAV	33
3. Procedimento metodológicos	42
3.1 Método de abordagem	42
3.2 Objetivo geral.....	42
3.3 Objetivos específicos.....	43
3.4 Etapas do projeto de intervenção.....	43
4. Descrição e análise da intervenção.....	45
4.1 Caraterização do Hospital Colónia Rovisco Pais	45
4.2 Descrição da intervenção.....	51
4.3 Constituição das séries documentais	55
4.4 Controlo das condições nos depósitos de arquivo.....	61
4.5 Meios de intervenção	63
4.5.1 Recursos materiais e humanos.....	63
4.6 Avaliação crítica do trabalho realizado no âmbito do projeto	65
Conclusão	67
Referências bibliográficas	70
Apêndices e anexos	76

Anexo I – Auto de entrega	77
Anexo II – Guia de remessa	78
Anexo III – Auto de eliminação	79
Apêndice I - Pedido de autorização para a investigação no CMRRC-RP	80
Anexo IV - Proposta de regulamento arquivístico	81

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Categorização dos arquivos, segundo o âmbito territorial.....	8
Figura 2: Unidades arquivísticas	12
Figura 3: Definição de organização	17
Figura 4: Lista consolidada da Plataforma CLAV	34
Figura 5: Campos descritivos presentes nos quatro níveis.....	35
Figura 6: Tabela de seleção da Portaria 247/2000	36
Figura 7: Projeto arquitetónico da Leprosaria Nacional Rovisco Pais.....	46
Figura 8: Vista aérea de todo o complexo hospitalar	46
Figura 9: Hospital central, década de 1950	48
Figura 10: Asilo para doentes inválidos, década de 1950	48
Figura 11: Núcleo familiar, década de 1950	48
Figura 12: Cozinha, década de 1950.	48
Figura 13: Capela, década de 1950.	49
Figura 14: Interior da capela, década de 1950	49
Figura 15: Exterior da Creche	50
Figura 16: Casa de educação e trabalho	50
Figura 17: Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen (1962)	51
Figura 18: Estante de madeira disponibilizada para o acondicionamento dos processos de internamento.....	55
Figura 19: Estante metálica disponibilizada para o acondicionamento dos processos de internamento.....	55
Figura 20: Organização dos processos de internamento	57
Figura 21: Processos da creche e da casa de educação e trabalho	60
Figura 22: Processos de doentes Externos	60
Figura 23: Separadores dos processos de internamento e da creche e da casa de educação e trabalho.....	60
Figura 24: Pasta de arquivo com ferragem de palheta plástica e lombada expansível.	63
Figura 25: Caixa de Arquivo em cartão A4.	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Classificação dos Arquivos	7
Quadro 2: Princípios de organização arquivística.....	8
Quadro 3: As fases dos arquivos as suas implicações no tratamento da informação.....	14
Quadro 4: Pragas de insetos e os danos provocados nos documentos	20
Quadro 5: Categorias de interoperabilidade.....	24
Quadro 6: Análise da Portaria n.º 247/2000.....	30
Quadro 7: Elementos informativos do auto de eliminação	37
Quadro 8: Documentos presentes nos processos.....	59
Quadro 9: Critérios gerais a ter em conta no depósito de arquivo	62
Quadro 10: Campos da ficha de descrição	64

INTRODUÇÃO

O campo da Ciência da Informação tem vindo a sofrer diversas mudanças, ampliando conhecimentos, competências e habilidades. Estas mudanças fazem-se sentir em diversos quadrantes, fazendo com que a presença de um profissional da informação em qualquer tipo de instituição seja cada vez mais recorrente e importante.

Como parte do processo, este profissional da informação tem de se adaptar às novas tecnologias de informação e comunicação, de modo a conseguir alcançar os novos objetivos que vão surgindo, no que diz respeito ao uso, tratamento e organização da informação.

Uma instituição de saúde é produtora de um grande volume de informação, a dita informação hospitalar, ou seja, toda a informação que circula numa unidade hospitalar, desde que produzida e recebida no decurso das atividades e tarefas desta instituição, no cumprimento da sua missão, sendo de extrema importância a organização da documentação de forma eficaz à sua recuperação. No entanto, este é um aspeto muitas vezes esquecido. De facto, e com o avanço das novas tecnologias, a gestão da informação vem também evoluindo, mas será que as instituições, de um modo geral, conseguem acompanhar essa evolução?

A interação entre o profissional da informação e o profissional da saúde é benéfica para ambas as partes, uma vez que há uma troca mútua de conhecimento, através da análise dos resultados obtidos pelos profissionais da saúde e pelas pesquisas realizadas pelo profissional da informação. Este cruzamento de dados é essencial para a sua aplicação em benefício do paciente (Silva, 2005 citado por Biaggi, 2019, p.32).

Neste sentido, decidiu-se estudar a documentação do que foi em tempos a Leprosaria Nacional, o Hospital Colónia Rovisco Pais, situado na Tocha e construído em 1947. Esta obra, que consistia numa pequena colónia, destinava-se a albergar doentes de Hansen em tratamento terapêutico nesse espaço. Foram várias as pessoas que por esta colónia passaram, deixando marcas notáveis nos processos clínicos presentes no Hospital. O objetivo geral deste estudo prende-se com a avaliação do estado físico destes documentos, perceber como era feita a organização e propor, sendo necessário, alterações no sistema atual, que privilegiem também a sua conservação, especialmente, no que respeita à documentação de carácter definitivo.

Em 1996, alguns dos edifícios do Hospital Colónia Rovisco Pais foram convertidos e remodelados para o funcionamento do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais (CMRRC-RP). Com esta conversão, alguns dos ex-doentes de Hansen ainda hoje permanecem numa “unidade residencial vitalícia para ex-doentes da Leprosaria Nacional que

se mantiveram na instituição após a sua conversão em CMRRC-RP” (Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais, 2021).

Em 2016, através do apoio da Sasakawa Health Foundation (Japão), foi possível o desenvolvimento de “iniciativas desenvolvidas no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais com vista à preservação do património e à musealização de espaços e memórias” (Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais & Sasakawa Health Foundation, [2021]) através da Culturage, uma empresa que se distingue em áreas do património cultural, história, museologia e curadoria, ciência da informação, arquivística e biblioteconomia. Foi a nossa participação neste projeto que nos fez encarar este património como um desafio, e, considerando este um momento tão marcante para a população local, propôs-se o presente trabalho de projeto que tem como meta apoiar a organização e a conservação da documentação clínica do Hospital Colónia Rovisco Pais.

Consequentemente, os objetivos específicos são:

- a) Realizar uma pesquisa bibliográfica na literatura da área da ciência da informação, sobre gestão documental, gestão da informação, arquivos hospitalares e atuação do profissional da informação na área da saúde;
- b) Identificar a documentação presente no CMRRC-RP, referente ao Arquivo Clínico do Hospital Colónia Rovisco Pais;
- c) Efetuar uma proposta de tratamento documental para o Arquivo Clínico do Hospital Colónia Rovisco Pais, no que diz respeito à higienização, acondicionamento e organização dos processos clínicos;
- d) Elaborar uma proposta de regulamento arquivístico que defina as normas de acesso aos processos presentes no arquivo clínico;
- e) Compreender a importância do profissional da informação na organização e na conservação da documentação.

No fundo, este trabalho de projeto pretende demonstrar a importância da informação hospitalar e da sua gestão não só nos arquivos correntes de hospitais, como também nos arquivos históricos, capazes de criar memórias de instituições que tiveram grande destaque em outros tempos.

Do ponto de vista metodológico foi realizada uma pesquisa bibliográfica incidente nas principais temáticas da investigação, de modo a perceber não só as noções básicas do trabalho arquivístico, mas também a importância de um arquivo inserido numa unidade de saúde. A pesquisa incidiu também em temas ligados à saúde, nomeadamente, a doença de Hansen. Para

além da pesquisa bibliográfica, foi realizado um projeto de intervenção, no atual CMRRC- RP, no qual tivemos oportunidade de aprender em contexto aplicacional e lidar com arquivo clínico do Hospital Colónia Rovisco Pais, também conhecido por Leprosaria Nacional.

O presente trabalho é composto por duas partes e encontra-se estruturado da seguinte maneira:

Uma parte teórica, descrita e explicada nos capítulos 1 e 2;

Uma parte prática, descrita e explicada nos capítulos 3 e 4.

No ponto 1.1 são definidos conceitos como gestão documental, gestão da informação, informação, arquivo, documentos de arquivo, unidades arquivísticas, unidades de instalação e cota arquivística. Para além destas noções, classificamos os arquivos quanto à estrutura orgânica, ao fator serviço/uso e ao fator memória e categorizamos os arquivos, definindo arquivo nacional, regional e municipal.

No ponto 1.2 contextualizamos aquilo que é o ciclo de vida dos documentos e o tratamento arquivístico. Mencionamos definições como arquivo corrente, arquivo intermédio, arquivo histórico e descrição arquivística. No ponto 1.3 apresentamos os fatores de deterioração dos acervos documentais e as medidas para os colmatar.

No capítulo 2 são abordados os arquivos hospitalares e o seu tratamento documental, onde se incluem apontamentos gerais sobre a gestão de informação e sistemas de informação na área da saúde (ponto 2.1). No ponto 2.2 as competências e o papel do profissional da informação na área da saúde são avaliadas, demonstrando também a importância da sua atuação para o sucesso de um arquivo hospitalar. No ponto 2.3 são discriminadas definições referentes aos arquivos hospitalares, nomeadamente, a noção de hospital, arquivo, documentação clínica, processo clínico eletrónico e dados sensíveis. Os instrumentos de gestão de informação em arquivos hospitalares são abordados no ponto 2.4, que conta com uma análise à Portaria n.º 247/2000 de 8 de maio alterada pela Portaria n.º 157/2014 de 19/08/2014. Conta também com uma breve abordagem da Plataforma CLAV, utilizada para a classificação e avaliação da informação pública.

No capítulo 3, descrevemos os procedimentos metodológicos utilizados no projeto de intervenção. Começamos por descrever o método de abordagem no ponto 3.1, e nos pontos 3.2 e 3.3 indicamos os objetivos gerais e específicos, respetivamente, e no ponto 3.4 são descritas as etapas do projeto de intervenção.

A intervenção é descrita no capítulo 4, nomeadamente o contexto de intervenção (ponto 4.1) que caracteriza o Hospital Colónia Rovisco Pais. No ponto 4.2 descrevemos a intervenção

realizada no terreno, onde também classificamos o arquivo clínico do Hospital Colónia Rovisco Pais. No ponto 4.3 é descrita a constituição das séries documentais.

As condições nos depósitos de arquivo são explicadas no ponto 4.4, identificando os critérios gerais a ter em conta nos espaços no qual são armazenados documentos. No ponto 4.5 apresentamos os meios de intervenção necessários para a eficácia do serviço, nomeadamente recursos materiais e recursos humanos. Por fim, no ponto 4.6, apresentamos uma avaliação crítica do trabalho realizado no âmbito do projeto, apresentando as dificuldades sentidas ao longo do trabalho realizado no CMRRC-RP.

Finalizamos o trabalho com a conclusão, na qual indicamos o cumprimento dos objetivos bem como a avaliação dos mesmos, as limitações e onde apresentamos as nossas perspetivas profissionais.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 Enquadramento geral e definições operacionais

A **gestão documental** é o conjunto de procedimentos que “visam a racionalização e a eficácia na criação, organização, utilização, conservação, avaliação, seleção e eliminação de documentos, nas fases de arquivo corrente e intermédio, e na remessa para arquivo definitivo” (Decreto-Lei n.º 16/93 Da Presidência Do Conselho de Ministro de Portugal, 1993, p.265). Segundo a NP 4041, a gestão de documentos visa, através de um conjunto de medidas, a “racionalização e a eficácia na constituição, conservação e comunicação dos arquivos” (NP 4041, 2005, p.4)

A **gestão da informação** é, segundo Zorrinho, uma função que conjuga a gestão do sistema de informação e do sistema informático de suporte com a conceção dinâmica da organização num determinado contexto envolvente, fomentando as condições necessárias para serem tomadas decisões em relação ao planeamento estratégico da organização e, conseqüentemente, a sua posição na rede de relações que integra (Zorrinho, 1995 citado por Almeida, 2011, p.18).

Segundo a terminologia essencial arquivística, a gestão da informação engloba um conjunto de atividades como a produção, o tratamento, o registo e guarda, a comunicação e o uso da informação. Este conjunto de atividades permite agilizar o fluxo da informação, intensificando o uso desta (A. M. da Silva, 2006, pp. 148-149).

O conceito de **Informação**, segundo Silva e Ribeiro (2002), é o “conjunto estruturado de representações mentais codificadas (símbolos significantes) socialmente contextualizadas e passíveis de serem registadas num qualquer suporte material (papel, filme, banda magnética, disco compacto, etc.) e, portanto, comunicadas de forma assíncrona e multidireccionada” (A. M. da Silva & Ribeiro, 2002, p.37).

Segundo Armando Malheiro da Silva, a informação na Ciência da Informação possui uma dupla funcionalidade semântica. De um lado, temos a informação enquanto fenómeno humano e social “que compreende tanto o dar forma a ideias e emoções (informar), como a troca, a efectiva interação dessas ideias e emoções entre seres humanos (comunicar)”. De outro lado, a informação assume-se como um “conjunto estruturado de representações mentais e emocionais codificadas (signos e símbolos) e modeladas com/pela interação social, passíveis de serem registadas num qualquer suporte material” (A. M. da Silva, 2006, p. 150).

Os arquivos são ferramentas fulcrais nas “nações e regiões, organizações, comunidades e pessoas individuais”. São capazes de relatar acontecimentos e atividades passadas, contando histórias, documentando pessoas e identidades. “Os arquivos são tão antigos quanto a escrita (ou mais ainda se considerarmos os arquivos orais ou arquivos da memória)” (Rosa & Nóvoa, 2014, p.17).

Um **arquivo** é um

“conjunto orgânico de documentos, independentemente da sua data, forma e suporte material, produzidos ou recebidos por uma pessoa jurídica, singular ou coletiva, ou por um organismo público ou privado, no exercício da sua actividade e conservados a título de prova ou informação” (NP 4041, 2005, p.5).

Segundo a terminologia essencial, o arquivo tem duas aceções:

“(1) serviço criado organicamente numa determinada entidade (...) destinada a incorporar e tornar acessível informação produzida/ recebida por terceiros; e (2) sistema semi-fechado de informação produzida/ recebida por uma entidade ativa (ou desativada) no decurso da sua atividade em cumprimento dos seus objetivos gerais e específicos” (A. M. da Silva, 2006, p. 137).

Assim, um arquivo é também uma instituição responsável pela aquisição, conservação, organização e disponibilização de documentos de arquivo. Todo este processo resulta da acumulação de documentos e informação, que é posteriormente gerida e organizada por um profissional da informação no interesse dos seus utilizadores. Para um conjunto documental constituir um arquivo, é necessário que os seus documentos sejam produzidos e acumulados no exercício das suas atividades e possuam também uma organização lógica, baseada na ordem de produção e acumulação, não bastando, assim, existirem documentos dispersos, por exemplo, numa sala. Esta organização arquivística é fundamental para possibilitar o bom acesso à documentação e à informação.

Para Paes (2004), um arquivo é um “conjunto de documentos produzidos e recebidos por uma pessoa física ou jurídica, pública ou privada, caracterizado pela natureza orgânica de sua acumulação e conservado por seus sucessores para fins de prova ou informação” (Paes, 2004, p.24).

Um arquivo, segundo Ribeiro (2011), pode ser classificado segundo vários aspetos, nomeadamente quanto à sua estrutura orgânica, quanto ao uso, memória (quadro 1) e quanto ao âmbito territorial.

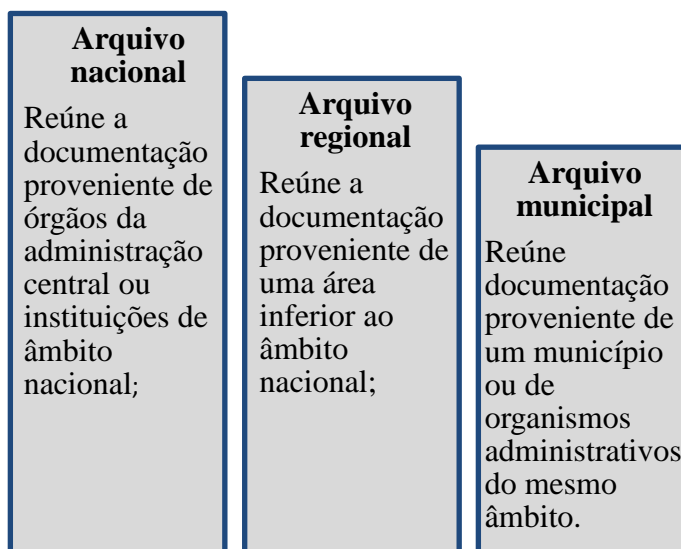
Quadro 1: Classificação dos Arquivos (Ribeiro, 2011)

Estrutura orgânica		Fator serviço/uso		Fator memória	
Unicelular	Pluricelular	Centralizado	Descentralizado	Ativo	Desativado
assenta numa estrutura organizacional de pequena dimensão, gerada por uma entidade (individual ou coletiva), sem divisões sectoriais para assumir as respetivas exigências administrativas.	assenta numa estrutura organizacional de média ou grande dimensão, dividida em dois ou mais sectores funcionais.	sistema unicelular ou pluricelular que controla a informação através de um único centro. É neste centro que se encontra toda a informação e que baseia o tratamento desta em critérios funcionais, ideográficos ou outros, que determinam a organização dos documentos e a elaboração de instrumentos de acesso;	sistema pluricelular que opta por um controlo da informação através da atribuição de autonomia aos vários setores orgânico-funcionais e aos subsistemas e por um tratamento documental devidamente ajustado à descentralização praticada.	onde existe um funcionamento regular. Neste caso o arquivo pode fixar-se materialmente no seio da entidade produtora ou poderá estar fisicamente desmembrado. Nesta última, os documentos mais recentes mantêm-se no seu habitat original, servindo as necessidades informativas da entidade produtora; enquanto os documentos mais antigos são deslocados para outro arquivo (arquivo centralizado ou centro de arquivo), uma vez que perderam o seu valor administrativo.	não pertencendo a um organismo em pleno funcionamento, ou seja, a entidade produtora cessou a atividade ou foi extinta.

Fonte: elaboração nossa com base em Ribeiro, 2011, pp.70-71

Apesar de Ribeiro (2011, pp. 70-71) referir a definição de arquivo desativado, quanto ao fator memória, este é um conceito que, na nossa opinião, está ultrapassado, não devendo ser referido aos arquivos. Apesar da entidade produtora ter cessado atividade, o arquivo continua em funcionamento, tendo a documentação de ser tratada arquivisticamente para a posterior recuperação. A informação que o arquivo possui, apesar de encerrado, pode já não deter valor primário, mas continua a ter valor informacional capaz de enriquecer a história e a memória de qualquer arquivo, seja ele público ou privado. Contam histórias, documentam situações, formando uma parte importante na cultura e história, e, portanto, em termos de memória nenhum arquivo está desativado, apenas está encerrado naquele momento.

Os arquivos, para além da estrutura orgânica, fator serviço/uso e fator memória, podem também ser classificados quanto ao seu âmbito territorial, em três níveis ou categorias principais, consoante a documentação que abarcam e o papel a desempenhar, nomeadamente (figura 1):

**Figura 1: Categorização dos arquivos, segundo o âmbito territorial**

Fonte: elaboração nossa com base em Decreto-Lei n.º 16/93 da Presidência do Conselho de Ministro de Portugal, 1993, p.265.

Para a organização arquivística torna-se essencial o conhecimento da origem de um documento, nomeadamente a razão pela qual foi criado, a sua função e a entidade que o gerou. Neste sentido, é fundamental ter em conta os princípios na organização arquivística. Seguidamente apresentamos um quadro que descreve os princípios de organização arquivística (quadro 2), segundo Rosa e Nóvoa (2014, p.20)

Quadro 2: Princípios de organização arquivística (Rosa & Nóvoa, 2014)

Princípio da proveniência	Princípio do respeito pela ordem original
<p>“Relação entre os documentos de arquivo e as pessoas coletivas ou singulares que os produziram, acumularam e/ou conservaram e os utilizaram no decurso das suas atividades”.</p> <p>É no fundo o respeito pelo órgão de origem, não deixando que os documentos sejam misturados aos de outro órgão.</p>	<p>Respeito “pela ordem em que o arquivo foi originalmente organizado”</p> <p>O respeito pela ordem original, dita que os documentos devem permanecer na sequência original de séries imposta pelo órgão de origem.</p>

Fonte: elaboração nossa com base em: Rosa e Nóvoa, (2014, p.20).

Fundamental no domínio da arquivística, o princípio da proveniência “prescreve que os arquivos produzidos por uma entidade não devem ser confundidos com arquivos produzidos por outras entidades” (Instituto dos Arquivos Nacionais/Torre do Tombo, 2006, p.14).

O princípio da proveniência é segundo a NP 4041 (2005, p.16) “o princípio básico da organização, segundo o qual deve ser respeitada a autonomia de cada arquivo, não misturando os seus documentos com os de outros”. Também a mesma norma define o princípio do respeito pela ordem original como o “princípio básico segundo o qual os documentos de um mesmo arquivo devem conservar a organização estabelecida pela entidade produtora, a fim de preservar as relações entre eles e, conseqüentemente, a sua autenticidade, integridade e valor probatório” (NP 4041, 2005, p.16).

Segundo Rousseau e Couture (1998), são três os princípios orientadores da arquivística, nomeadamente o (i) princípio da proveniência, também conhecido pelo mesmo autor como “primeiro grau da proveniência”, é quando se agrupam os documentos criados ou recebidos por um determinado órgão; (ii) o princípio da ordem original, também designado de “segundo grau da proveniência”, onde os documentos devem ocupar um determinado lugar que tem de ser respeitado ou restabelecido caso a ordem original seja alterada; e, por fim a (iii) abordagem às Três Idades, que veremos no capítulo seguinte, que assenta nas etapas de vida dos documentos. Ainda incide sobre o princípio da territorialidade que provém do direito à propriedade (Rousseau & Couture, 1998, p.52), aplicado a três níveis: a nível nacional, regional e institucional (Rousseau & Couture, 1998, p.87).

Freitas (2012) refere que o valor de uso, enquanto conceito, “é utilizado pela Arquivística como algo subjacente a dois outros conceitos, igualmente “caros” para a disciplina: o valor primário e o valor secundário dos documentos de arquivo” (p.166).

O conceito de valor foi introduzido em 1940 por Phillip Brooks, sendo a partir deste que Schellenberg distinguiu os conceitos de valor primário e valor secundário. Schellenberg divide o valor primário em “valores administrativo (testemunham a política e os procedimentos adotados pelo organismo), fiscal (utilidade ou importância para comprovação de operações fiscais), legal (utilidade para comprovar direitos e/ou obrigações) ou executivo (utilidade ou importância para dar suporte a questões administrativas).” (Schellenberg, 2005 citado por Guimarães & Oliveira, 2019, pp.14-15). Já o valor secundário é dividido em “valor probatório (utilidade ou importância para comprovar a “organização e funcionamento do órgão governamental”) e valor informativo (utilidade ou importância para fornecer informações sobre pessoas, coisas e fenômenos)” (Schellenberg, 2005 citado por Guimarães & Oliveira, 2019, p.15).

A NP 4041, remete a definição de valor primário para valor probatório, sendo o “valor inerente aos documentos de arquivo, na medida em que consignam ou comprovam factos, constituem direitos e obrigações e são reconhecidos como garantia e fundamento de actos,

factos e acontecimentos”. Já o valor secundário ou valor informativo, é o “valor decorrente da informação veiculada por um documento de arquivo ou outra unidade arquivística para a administração produtora, assim como para outros utilizadores.” (NP 4041, 2005, p.10). O valor histórico é segundo, Rosa e Nóvoa (2014, p.21) “Documento de arquivo ou de qualquer outra unidade arquivística que tenha especial valor informativo”; e, por fim o valor arquivístico “Valor atribuído a um documento de arquivo ou uma unidade arquivística para efeitos de conservação permanente” (Rosa & Nóvoa, 2014, p.21).

Jardim (1995, p.6) distingue o valor primário do valor secundário. À semelhança dos autores citados anteriormente, Jardim, afirma que o valor primário se refere aos aspetos do documento, no que diz respeito ao uso que este recebe por parte da entidade que os produziu. Já o valor secundário, diz respeito à possível utilização dos documentos por parte de utilizadores “que os procuram por razões distintas e posteriores àquelas do seu produtor”. Mais afirma que um documento com valor secundário apresente sempre um valor informativo (Jardim, 1995, p. 6). A definição de valor informativo é apresentada por Schellenberg (1974, p.170), derivado de “informação contida nos documentos oficiais relativa aos assuntos de que tratam as repartições públicas e não da informação ali existente sobre as próprias repartições” (Schellenberg, 1974, p.170 citado por Jardim, 1995, p. 6).

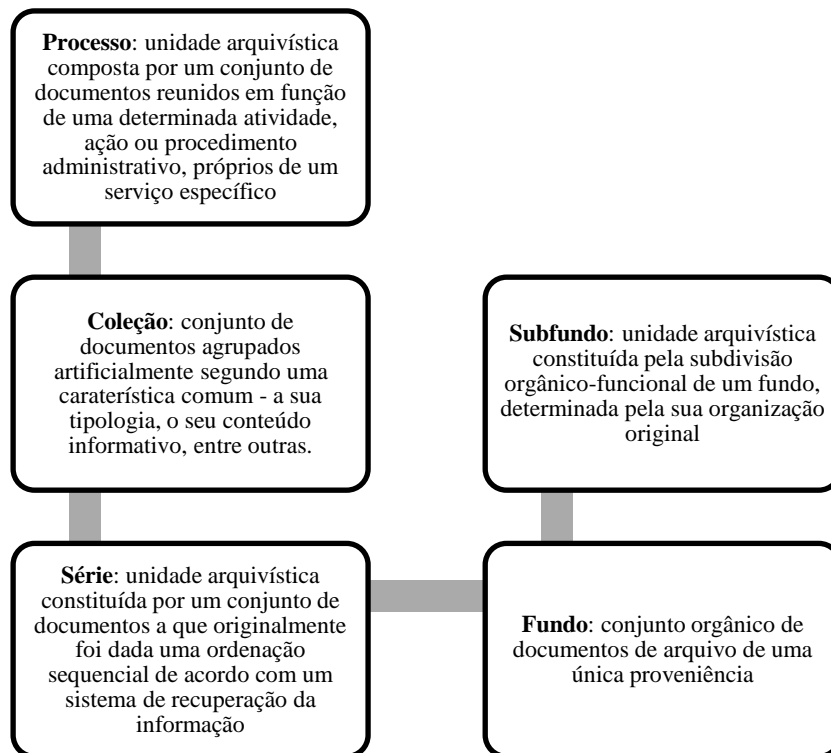
Ainda, Jardim (1995, p.6) afirma que todo o documento de arquivo, seja ele primário ou secundário, apresenta um valor de prova, “comprovam factos, constituem direitos e obrigações e são reconhecidos como garantia e fundamento de actos, factos e acontecimentos” (Jardim, 1995, p. 6).

Quanto às unidades fundamentais que constituem um arquivo, ou seja, os documentos e a informação que contêm, verificamos que, segundo a NP 4041 (2005, pp.5-6) o **documento de arquivo** é um “documento produzido a fim de provar e/ou informar um procedimento administrativo ou judicial.” (NP 4041, 2005, pp.5-6). É considerada a mais pequena unidade arquivística, podendo ser constituído por um ou mais documentos simples (NP 4041, 2005, pp.5-6). Já segundo Rosa e Nóvoa (2014, p.19), um documento de arquivo é “uma informação de qualquer tipo, registada em qualquer suporte, produzida ou recebida e conservada por uma instituição ou pessoa no exercício das suas competências ou atividades” (Rosa & Nóvoa, 2014, p.19). Ainda, segundo o Decreto-lei n.º 16/93 de 23 de janeiro, um documento de arquivo é “o testemunho, qualquer que seja a sua data, forma ou suporte material que, integrando um fundo ou colecção, contém informação e é produzido ou recebido por uma entidade pública ou privada no exercício da sua atividade” (Decreto-Lei n.º 16/93 Da Presidência Do Conselho de Ministro de Portugal, 1993, p.265).

As **unidades arquivísticas** ou documentos de arquivo, consoante a organização que lhes foi dada pela entidade produtora, ainda podem assumir as seguintes configurações: processo, coleção, dossier, série, arquivo e respetivas subdivisões (NP 4041, 2005, p.7).

- a) **Processo** é um conjunto de documentos que se referem a qualquer ação administrativa ou judicial, sujeita a tramitação própria (NP 4041, 2005, p.6);
- b) **Coleção** é um conjunto de documentos do mesmo arquivo, “organizada para efeitos de referência (...), para servir de modelo à produção de documentos com a mesma finalidade (...), ou de acordo com critérios de arquivagem” (NP 4041, 2005, p.5);
- c) **Dossier** é constituído por documentos coligidos de modo a informar uma decisão pontual (NP 4041, 2005, p.6);
- d) **Série** é constituída por um conjunto de documentos, sejam eles simples ou compostos, ordenada originariamente de forma sequencial, de acordo com um sistema de recuperação da informação (NP 4041, 2005, p.7);
- e) **Subsérie** é a primeira subdivisão da série, “determinada pela sua ordem original ou por exigências de preservação” (NP 4041, 2005, p.7);
- f) **Fundo** é o arquivo, como já foi visto anteriormente, sendo um conceito mais utilizado no âmbito dos arquivos definitivos (NP 4041, 2005, p.6);
- g) **Subfundo** é a primeira subdivisão de um arquivo, “determinada pela sua ordem original ou, na sua ausência, por critérios orgânico-funcionais” (NP 4041, 2005, p.7).

Também Rosa e Nóvoa (2014, p. 22) apresentam as definições das unidades arquivísticas, seguidamente apresentadas (figura 2):

**Figura 2: Unidades arquivísticas**

Fonte: elaboração nossa com base em Rosa e Nóvoa, 2014, p.22

Ainda, é de referir as **unidades de instalação**, que são as estruturas criadas para armazenar e salvaguardar a informação, independentemente do seu suporte, sendo, portanto, unidades físicas e não unidades intelectuais (como por exemplo, caixas, maços, livros, pastas). São também utilizadas como forma de referenciar documentos espacialmente. “Por exemplo, dizemos que tal processo está no depósito 1, estante 3, prateleira 2, acondicionado nas seguintes unidades de instalação: caixa 15, pasta 5” (Rosa & Nóvoa, 2014, p.23). Sendo que todos os elementos que permitem localizar os documentos poderão fazer parte da cota arquivística (Rosa & Nóvoa, 2014, p.23). Assim, segundo a NP 4041, uma unidade de instalação é uma “unidade básica de acondicionamento e cotação das unidades arquivísticas. São unidades de instalação caixas, livros, maços, pastas, rolos, etc.” (NP 4041, 2005, p.14).

Segundo Rousseau e Couture (1998, p.135), uma unidade de instalação é uma unidade de organização e de inventário, utilizando uma cota registando onde os documentos se encontram arrumados, como por exemplo, numa prateleira, gaveta de classificador, entre outros (Rosseau & Couture, 1998, p.135).

Por fim, e como último conceito operacional relevante para este estudo, identificamos a **cota arquivística**, que é um “código numérico, alfabético, alfa-numérico, atribuído a uma unidade de instalação e/ou documento, para efeitos de instalação definitiva, ordenação e

recuperação da informação” (Rosa & Nóvoa, 2014, p.23). A NP 4041 (2005, p.15) atribui o sinónimo de “referência de localização”, também utilizado para referir a cota (NP 4041, 2005, p.15).

1.2 O ciclo de vida dos documentos e os seus impactos nos arquivos e no tratamento arquivístico

Concebida a partir dos anos 1940, a teoria do ciclo de vida dos documentos surgiu com a “explosão documental”. Em 1941, os arquivos nacionais dos EUA estabeleceram um programa de gestão documental, destinado a gerir a informação gerada pela guerra, dando assim lugar a um novo profissional designado de “*records manager*, responsável pela gestão dos arquivos correntes e intermédios. Os arquivos permanentes continuaram sob a responsabilidade dos *archivists*”, definindo então através da teoria das três idades uma função diferenciada para os arquivos correntes, intermédios e permanentes (Paul, 1990 citado por Freitas, 2003, pp.65-66). Composto por três períodos, a vida do documento de arquivo é repartida da seguinte maneira: os de atividade, de semiatividade e de inatividade (Rousseau & Couture, 1998, pp. 111-112).

Segundo Freitas (2012, p.163), “o Arquivo tende a ser visto como uma entidade de natureza dinâmica, que “cresce” na ordem directa das actividades desempenhadas pelo órgão cuja estrutura ele próprio, enquanto sistema de informação, deve representar” (Freitas, 2012, p.163). A mesma autora distingue ainda arquivos correntes e intermédios, ou seja, “arquivos cuja função é o controlo dos documentos que tramitam por um serviço”, de arquivos permanentes, que seriam os “arquivos cuja função, tradicionalmente, é a salvaguarda da documentação de carácter histórico” (Freitas, 2012, p.162).

Para uma gestão de documentos eficaz, é essencial ter em conta a teoria das três idades, especialmente no que diz respeito à “tomada de decisão sobre espaços de armazenamento, soluções de transferência ou substituição de suporte, bem como de avaliação, seleção e eliminação de documentos” (Instituto dos Arquivos Nacionais/Torre do Tombo, 2006, p.14).

Um documento de arquivo é criado e recebido por um indivíduo ou instituição no decorrer da sua atividade e para alcançar os fins inerentes à sua missão, o que nos remete a um conceito de produção e de acumulação em carácter cíclico. Assim sendo, o ciclo de vida dos documentos é, segundo a NP 4041, uma sucessão de fases pelas quais passam, “desde a sua produção até estar ultimado o procedimento que lhes deu origem” (NP 4041, 2005, p.10).

O ciclo de vida documental, como foi já referido, passa por uma sucessão de fases (quadro 3): a fase corrente, a intermédia e a definitiva. Estas fases refletem-se desde o momento da sua produção até à sua conservação ou eliminação, como destino final (Pereira, 2015, p.25), guardando estreita relação com o valor dos documentos e da informação, com as infraestruturas arquivísticas, os prazos de conservação e os utilizadores envolvidos.

Quadro 3: As fases dos arquivos as suas implicações no tratamento da informação (Pereira, 2015)

Fases	Valor dos Documentos	Infraestruturas arquivísticas	Prazo de Conservação	Utilizadores
Corrente	Grande valor probatório (funções administrativas, legais, fiscais, entre outras) e valor informativo reduzido (funções de planeamento e controlo)	Arquivo corrente	dependente dos respetivos processos gestionários	Entidade produtora (documentos activos de uso frequente)
Intermédia	Valores probatório e informativo reduzidos.	Arquivo central e arquivo intermédio	dependente dos respetivos processos gestionários	Entidade produtora (documentos semi-activos de consulta casual)
Definitiva	Valor probatório inexistente e valor informativo supremo (funções de investigação).	Arquivo definitivo	Permanente	Entidade produtora, cidadãos e investigadores (documentos inactivos de consulta muito pontual).

Fonte: Adaptado de Pereira, 2015, p.25.

Segundo Pereira (2015, p.26), correspondente ao arquivo corrente, encontra-se a criação ou receção de documentos. O valor primário está relacionado com a importância administrativa para o qual o documento foi elaborado, tendo efeitos administrativos (diretivas, regulamentos, ordens, pedidos e informações); legais (contratos, reclamações, títulos e certificados legais); fiscais e financeiros. Com o decorrer do tempo, a utilização dos documentos passa a ser cada vez menor, possuindo ainda valor primário, mas com menor valor probatório, é nesta fase que os documentos se encontram no arquivo intermédio. Por fim, na última fase, é necessária avaliação do destino final dos documentos. Caso os documentos possuam valor informativo, estes devem ser conservados no arquivo histórico, caso contrário, deverão ser eliminados (Pereira, 2015, p.26).

Na primeira fase destacamos o período durante o qual os documentos são utilizados regularmente para “dar continuidade a processos, informar tomadas de decisão, elaborar instrumentos de planeamento e controlo, demonstrar a conformidade dos procedimentos com o regime jurídico ou as orientações políticas em vigor”. Por conter documentos necessários à atividade regular dos organismos, é essencial que os documentos permaneçam no arquivo corrente, de modo a serem facilmente acedidos pelos utilizadores (Instituto dos Arquivos Nacionais/Torre do Tombo, 2006, p.13).

O **arquivo corrente ou administrativo** contém documentos necessários para assegurar uma gestão do serviço eficaz, documentos que pertencem a processos que ainda não estão finalizados. O Arquivo corrente tem de concentrar informação organizada de modo a satisfazer as necessidades informacionais de uma forma rápida e pertinente; tem de evitar a repetição de tarefas e diminuir as despesas inerentes ao tratamento documental tanto no arquivo intermédio como no arquivo histórico (Rosa & Nóvoa, 2014, p.24). É, segundo a NP 4041, um arquivo composto por documentos correspondentes a “procedimentos administrativos ou judiciais ainda não concluídos” (NP 4041, 2005, p.9).

Também o Decreto-Lei n.º16/93 de 23 de Janeiro, que define a política arquivística a nível nacional, aborda as três fases de um arquivo, referindo que a fase corrente surge quando os documentos são necessários para a atividade do organismo que os produziu ou recebeu (Decreto-Lei n.º 16/93 Da Presidência Do Conselho de Ministro de Portugal, 1993, p.264).

No **arquivo intermédio** os documentos já não são consultados com tanta frequência, no entanto, têm de ser conservados por razões de ordem legal ou necessidade do serviço. Ao arquivo intermédio cabe “organizar, avaliar e selecionar a documentação transferida do arquivo corrente, eliminando aquela que não possui valor secundário e transferindo para o arquivo histórico ou definitivo os documentos de conservação permanente” (Rosa & Nóvoa, 2014, p.24). O facto dos documentos não serem consultados com tanta frequência, faz com que se pense em diferentes soluções de armazenamento, optando, normalmente, por depósitos secundários, para esses chamados arquivos intermédios (Instituto dos Arquivos Nacionais/Torre do Tombo, 2006, p.13).

De facto, o arquivo intermédio é composto por documentos “correspondentes a procedimentos administrativos ou judiciais já concluídos, mas ainda susceptíveis de reabertura”. Ao contrário do arquivo definitivo, que inclui documentos cujos procedimentos já se encontram concluídos, “depois de prescritas as respetivas condições de reabertura” (NP 4041, 2005, p.10).

O Decreto-lei n.º16/93 também define a fase do arquivo intermédio, na qual “os documentos, tendo deixado de ser de utilização corrente, são todavia, utilizados, ocasionalmente, em virtude do seu interesse administrativo” (Decreto-Lei n.º 16/93 da Presidência do Conselho de Ministro de Portugal, 1993, p.264).

No **arquivo histórico ou definitivo** a documentação deixa de ter valor administrativo, não sendo consultada para esses fins. Nesta fase, os documentos são preservados e tratados arquivisticamente, com o objetivo de serem disponibilizados a utilizadores ou investigadores. Findo o valor administrativo dos documentos, o arquivo histórico terá de proceder à conservação permanente destes, uma vez que possuem interesse histórico ou cultural, não podendo ser eliminados (Rosa & Nóvoa, 2014, pp.25-26).

Segundo a NP 4041 (2005, p.9), um arquivo definitivo é constituído por documentos administrativos ou judiciais cujos processos já se encontram concluídos (NP 4041, 2005, p.9). O decreto-lei n.º16/93 afirma que no arquivo definitivo estão os documentos que, apesar de terem perdido utilidade administrativa “são considerados de conservação permanente, para fins probatórios, informativos ou de investigação” (Decreto-Lei n.º 16/93 da Presidência do Conselho de Ministro de Portugal, 1993, p.264).

Nesta última fase, quando os documentos deixam de ser necessários para o funcionamento do serviço, existem dois destinos possíveis: ou são eliminados ou são transferidos para o arquivo definitivo. Esta decisão é tomada não pelo organismo, mas sim por legislação¹ já definida a nível nacional. Os resultados devem ser apresentados numa tabela de seleção, sendo esta publicada numa Portaria de gestão de documentos (Instituto dos Arquivos Nacionais/Torre do Tombo, 2006, pp.13-14).

Assim, cada fase do arquivo é estabelecida segundo o critério de frequência de utilização, isto é, os documentos presentes no arquivo corrente “asseguram a gestão diária do serviço e são, por isso, mais consultados porque pertencem a processos que ainda estão activos, não estão concluídos”. Quando os documentos perdem o valor administrativo deixando de ser consultados com tanta frequência passam então para o arquivo intermédio, e, posteriormente para o arquivo histórico (Pereira, 2015, p.25).

O **tratamento arquivístico**, que tem em consideração os pressupostos anteriores, pode ser definido como um “conjunto de procedimentos técnicos que têm por objetivo a

¹ O DL n.º16/93 de 23 de janeiro publicado no Diário da República, define gestão documental como o “conjunto de operações e procedimentos técnicos que visam a racionalização e a eficácia na criação, organização, utilização, conservação, avaliação, seleção e eliminação de documentos” (Decreto-Lei n.º 16/93 Da Presidência Do Conselho de Ministro de Portugal, 1993, p.265)

identificação, organização e descrição arquivística dos documentos de arquivo e dos dados e informações por eles veiculados.” (NP 4041, 2005, p.17).

Outros conceitos operacionais igualmente importantes para o trabalho em arquivos são:

- a) a identificação, que é a operação que consiste em reconhecer uma unidade arquivística “através da sua forma, conteúdo ou outros dados pré-determinados, como, por exemplo, a referência” (NP 4041, 2005, p.15);
- b) a organização, que é o conjunto de operações aplicáveis a qualquer unidade arquivística, no entanto, nos arquivos intermédios e definitivos deve-se ter em conta os princípios da proveniência e do respeito pela ordem original. As operações que integram a organização são a classificação e a ordenação (figura 3) (NP 4041, 2005, p.16);
- c) A descrição arquivística, que será analisada ainda no presente capítulo.

A organização do arquivo deve ser elaborada consoante os objetivos delineados, nomeadamente preservar e disponibilizar documentos públicos que ofereçam valores secundários (Schellenberg, 1959, p.17).

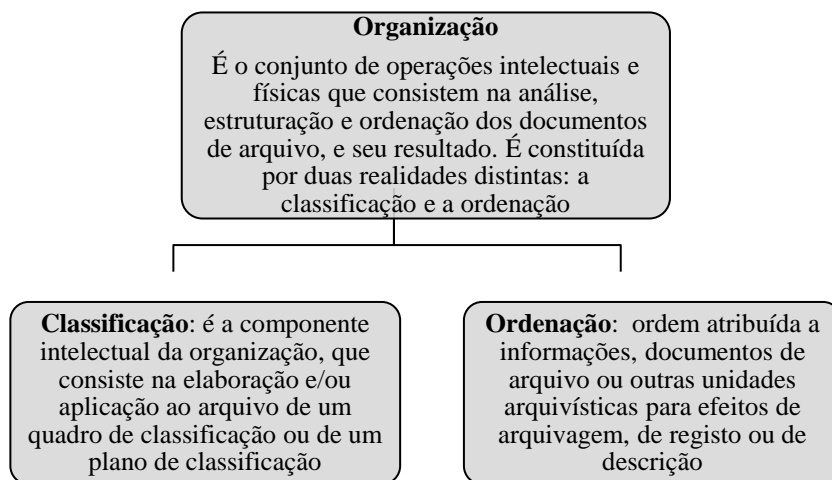


Figura 3: Definição de organização

Fonte: elaboração nossa com base em Rosa e Nóvoa, 2014, p. 27 e na NP 4041, 2005, pp.15-16.

Segundo a NP 4041 (2005, p.15), a classificação consiste na elaboração de um plano ou quadro de classificação a unidades arquivísticas, acervos documentais e coleções, enquanto que a ordenação, é uma operação que visa o estabelecimento de um critério de “disposição metódica (alfabética, cronológica, hierárquica, numérica, etc.), para efeitos de instalação, arquivagem e descrição arquivística” (NP 4041, 2005, pp.15-16). Um plano de classificação é, segundo a NP 4041 (2005, p.16), “um sistema de classes pré-definidas, concebido para a organização de um

arquivo corrente”, fixando os descritores e remissivos de cada classe ou subclasse (NP 4041, 2005, p. 16).

Um plano de classificação, consiste, assim, no “levantamento de dados a efectuar sobre as diferentes séries de documentos de arquivo produzidas em contexto organizacional, de forma a uniformizar a sua identificação e agregá-las em classes, registadas num plano de classificação” (Instituto dos Arquivos Nacionais/Torre do Tombo, 2006, p.31).

Posteriormente à organização da documentação, que como vimos engloba a classificação e a ordenação, são elaborados os instrumentos de pesquisa que permitirão a recuperação da informação. A descrição constitui-se como a principal função no trabalho arquivístico, é também a mais difícil, pois é necessário seguir um conjunto de procedimentos normalizados, para que os documentos possam ser recuperados, posteriormente.

São vários os instrumentos de pesquisa, contudo, apresentamos seguidamente alguns dos mesmos:

- a) Catálogo: “identifica e referencia até níveis inferiores ao da série e respetivas subdivisões (inclusivamente o do documentos simples), unidades arquivísticas, provenientes de um ou mais arquivos, ou colecções factícias” (NP 4041, 2005, p. 17).
- b) Guia: “elaborado para efeitos de comunicação que abrange, numa perspectiva exaustiva ou selectiva, um ou mais acervos documentais” (NP 4041, 2005, p. 17).
- c) Guia de remessa: identifica as unidades arquivísticas “transferidas para a custódia de um serviço de arquivo ou outra entidade” (NP 4041, 2005, p. 17).
- d) Índice: tem como principal objetivo a recuperação da informação, constituído por descritores ordenados sequencial ou sistematicamente, e pelas referências ou cotas das unidades arquivística (NP 4041, 2005, p. 18).
- e) Inventário: instrumento representativo de um arquivo, em termos de contexto de produção, plano de classificação, conjuntos documentais que constituem o arquivo e unidades de instalação que ocupam (NP 4041, 2005, p. 18).
- f) Roteiro: também conhecido como catálogo topográfico, “ordena as unidades de um ou vários acervos documentais, ou parte deles, pelas respetivas cotas” (NP 4041, 2005, p. 19).

É através dos instrumentos de pesquisa que a informação passa a estar acessível aos utilizadores, cabendo ao profissional da informação a criação desses instrumentos. Um instrumento de pesquisa é “elaborado ou recebido por um serviço de arquivo, com vista ao

controlo administrativo ou intelectual dos documentos de arquivo” (Conselho Internacional de Arquivos, 2002, p.14).

Assim, vemos que a descrição arquivística, segundo a NP 4041 (2005, p.15), consiste na representação das unidades arquivísticas, acervos documentais e coleções, tendo como objetivo o controlo e comunicação dos documentos (NP 4041, 2005, p.15). Já na ISAD(G), a descrição arquivística é a “elaboração de uma representação exacta de uma unidade de descrição e das partes que a compõem, caso existem, através da recolha, análise, organização e registo de informação que sirva para identificar, gerir, localizar e explicar a documentação de arquivo” (Conselho Internacional de Arquivos, 2002, p.13).

Baseada no princípio da proveniência e do respeito pela ordem original, a descrição arquivística é o reflexo da organização da documentação de arquivo estruturada em níveis hierárquico relacionados entre si. A descrição arquivística aplica-se a toda a documentação de arquivo, independentemente do suporte, forma, ou de ser produzida por uma pessoa coletiva, singular ou por uma família. É aplicada a todas as fases de vida dos documentos, “podendo variar apenas os elementos de informação considerados na descrição, e a exaustividade com que são preenchidos” (Direção Geral de Arquivos Portugueses, 2007, p.20).

Devem ser seguidas regras, entre elas, (i) a descrição do geral para o particular, representando a estrutura hierárquica do fundo e das partes que o compõem. Deve ser (ii) facultada apenas a informação relevante para o nível de descrição, de modo a representar com rigor o contexto e o conteúdo da unidade de descrição. (iii) Cada descrição deve ser ligada à unidade de descrição imediatamente superior, identificando o nível de descrição. (iv) A informação não deve ser repetida, para que assim se evite a redundância de informação em descrições arquivísticas hierarquicamente relacionadas (Conselho Internacional de Arquivos, 2002, pp. 16-17).

1.3 Fatores de deterioração dos acervos documentais

A temperatura, a humidade relativa, a radiação da luz e a qualidade do ar são fatores ambientais que interferem na preservação de documentos. Com base nessa constatação, os estudos indicam que devem ser instalados filtros e estores nas janelas de modo a filtrar a luz solar. A temperatura e a humidade relativa estão também relacionadas, sendo que, quando existe alteração da temperatura a humidade relativa deve também ser modificada, e vice-versa. A constante ventilação permite reduzir as oscilações entre a temperatura e a humidade relativa. A eficácia dos sistemas de ventilação depende da sua limpeza e do número de renovações de ar

por hora estabelecidos, calculado em função do fluxo e volume do arquivo (Argerich Fernández et al., 2010, pp.19-20).

Um arquivo deve manter, segundo Beck (2001), durante todas as estações do ano, uma temperatura nunca superior a 21°C e uma humidade relativa do ar situada entre os 30% e os 50%. Para chegar a estes valores, são utilizados regularmente instrumentos que medem com precisão estes fatores, como por exemplo: termómetros, higrómetros, Termohigrómetro, entre outros. Os instrumentos devem ser posicionados acima do nível do chão, afastados das portas, das janelas, dos equipamentos de aquecimento, de refrigeração e humedificação (Pereira, 2015, p.40). A acumulação de documentos, associada à humidade e à falta de ventilação favorece a propagação de ácaros, fungos e bactérias. Também favorece o desenvolvimento de insetos e roedores que danificam coleções e também prejudicam a saúde dos profissionais que trabalham com os materiais infestados (Argerich Fernández et al., 2010, p.36).

Também o manuseamento, o acondicionamento e a higienização de documentos infestados são ações que prejudicam a saúde dos profissionais. Os roedores são mamíferos que além de roerem o papel e outros materiais, constituem ninhos, sujam os documentos com urina e fezes. Estes “invadem os depósitos através de portas, janelas, pisos e tuneis escavados pelos próprios e habitam em ambientes quentes, húmidos e sombrios” (Pereira, 2015, p.44). Os insetos, nomeadamente, o peixinho prata, a barata, a broca, a térmita e o piolho do livro, quando convertidos em pragas, danificam visivelmente os acervos (quadro 4). O quadro seguinte caracteriza as principais pragas de insetos, assim como os danos que estas provocam nos documentos (Pereira, 2015, p.44).

Quadro 4: Pragas de insetos e os danos provocados nos documentos (Pereira, 2015)

Agente Biológico	Ordem	Material que danifica	Danos causados
Peixinho Prata	Thisanura	Papel, tecidos, colas e seus derivados.	Erosão superficial e irregular do material.
Barata	Blattodea	Papel, pergaminho, encadernações.	Documentos roídos e manchados pelos excrementos.
Térmitas	Isoptera	Madeira, papel e materiais com celulose.	Constroem galerias.
Piolho do Livro	Psocoptera	Colas, papel e fungos.	Raspam a superfície dos livros, da encadernação e dos documentos, sem perfurar.

Fonte: Estudio de un programa de lucha integrada contra las plagas em los archivos y bibliotecas (1989:5-25) citado por Pereira, 2015, p.44.

As térmitas são insetos difíceis de erradicar, sendo muito destrutivas, especialmente em condições húmidas. Para o controlo destes insetos são utilizados produtos químicos que não sejam tóxicos para as pessoas, mas que inibam o desenvolvimento da térmita, no entanto a humidade deve ser erradicada. O piolho do livro produz orifícios muito pequenos, atacando especialmente as encadernações. O peixinho prata necessita de humidade, temperatura moderada e ausência de luz, deteriorando o papel de forma irregular (Argerich Fernández et al., 2010, pp.39-41).

Para reduzir o risco de exposição a agentes biológicos sugere-se a redução da humidade, a eliminação de fugas de águas, evitar a invasão de insetos por janelas, portas ou outro tipo de entradas, sugere-se também a limpeza periódica dos espaços, eliminando fontes de comida. É essencial também a utilização de equipamentos de proteção individual, como luvas, máscaras apropriadas, óculos e batas (Pereira, 2015, p.45).

É essencial criar um programa de inspeção e deteção de insetos e bactérias, evitando a utilização de produtos tóxicos. No caso dos insetos, estes devem ser identificados, posteriormente, a planta do local deve ser avaliada de modo a colocar armadilhas para capturar o inseto. O edifício deve também ser alvo de revisão periódica, reparando os sistemas de drenagem, fissuras nos muros evitando assim infiltrações de água. Para além do edifício, também a sala de arquivo deverá ser inspecionada de modo a detetar a presença de microrganismos e de pragas (Argerich Fernández et al., 2010, p.37).

Para além dos fatores ambientais e biológicos, a ação humana insere-se na higienização, acondicionamento, inventário, classificação, descrição, digitalização, conservação e restauro, ou seja, todas as ações inevitáveis à disponibilização da documentação ao utilizador. Intervenções inadequadas são ações que quando aplicadas aos documentos com a finalidade de melhorar o processo de degradação resultam em danos superiores aos benefícios. É portanto, essencial a implementação de uma política de proteção documental capaz de preservar os documentos de ações de furto e vandalismo (Pereira, 2015, p.45).

Além disso, também a limpeza do arquivo, das estantes e dos documentos é um ponto fulcral na preservação dos mesmos. O arquivo não pode ser limpo com detergentes, apenas com um pano húmido com produto neutro e inodoro. As estantes devem ser limpas com uma mistura de água e álcool e os documentos devem ser higienizados com equipamento adequado e por profissionais habilitados para tal (Secretaria-Geral do Ministério da Educação e Ciência de Portugal, 2003, p.17).

2. OS ARQUIVOS HOSPITALARES: ENQUADRAMENTO GERAL E TRATAMENTO DOCUMENTAL

2.1 Gestão de informação e sistemas de informação na área da saúde: apontamentos gerais

As instituições de saúde, como Hospitais, são produtoras de um grande volume de informação. Estas instituições necessitam de uma gestão de informação eficiente, uma vez que a informação produzida e utilizada nessa área se qualifica “como uma componente estrutural e funcional para a prestação de serviços à disponibilização de tratamentos adequados e eficientes, bem como ao atendimento efetivo e humanizado a toda a população” (Biaggi, 2019, p.61).

A partir do século XIX, as alterações políticas e económicas fizeram-se sentir na expansão do volume de publicações que, com o crescimento de especialidades médicas e a consequente produção de informações especializadas provocaram transformações na ciência da informação, sobretudo na área da saúde (Pestana, 2014, pp. 693-694).

A gestão da informação, segundo Choo (2003), é um “ciclo contínuo de seis atividades estreitamente ligadas”, sendo elas: (i) identificação das necessidades de informação; (ii) aquisição de informação; (iii) organização e armazenamento da informação; (iv) desenvolvimento de produtos e serviços de informação; (v) distribuição da informação; e, por fim, (vi) utilização da informação (Choo, 2003 citado por J. R. F. T. da Silva, 2014, p.26).

A gestão da informação na área da saúde, num sentido amplo, pressupõe que as informações sejam “analisadas, organizadas, recuperadas e compartilhadas no intuito de que as funções, atividades e ações médicas possam ser desenvolvidas e efetivadas da melhor maneira possível” (Biaggi, 2019, p.61). Refere-se a um conjunto de processos interrelacionados que envolvem a “identificação das necessidades informacionais, organização e armazenagem da informação, desenvolvimento de produtos e serviços informacionais, distribuição e uso da informação” (Tarapanoff, 2000 citada por Biaggi, 2019, p.62).

Na área da saúde, a gestão da informação pressupõe que haja uma atenção com os documentos específicos que estas instituições geram, recebem e utilizam para realizar as suas atividades e tomar decisões relativamente ao estado de saúde do paciente (Biaggi, 2019, p.64).

Para além da gestão da informação, a gestão documental - de que se ocupa este trabalho e que é o ponto de partida para que a gestão de informação possa ocorrer - é fundamental, na medida em que garante uma manutenção dos trabalhos através da determinação dos requisitos considerados importantes na criação, classificação, registo e armazenamento dos documentos,

para que possam ser alvo de descrição e posterior comunicação. Assim, inicialmente é importante que se desenvolvam ações no âmbito da Gestão Documental, visto que esta se torna numa base para a implementação dos subseqüentes processos de Gestão da Informação. Isto, porque as instituições hospitalares normalmente são responsáveis por um grande volume de produção de registos e informações na saúde (Biaggi, 2019, pp.64-66).

Um sistema de informação contém diferentes tipos de informação, registada ou não externamente ao sujeito, independentemente do suporte, de acordo com uma estrutura prolongada pela ação na linha do tempo. A estrutura do sistema de informação é “paradoxalmente autónoma e indissolúvel da informação propriamente dita” (A. M. da Silva, 2006, p.162). Um sistema de informação na área da saúde é considerado, segundo Marin, um conjunto de componentes relacionados entre si que recolhem, processam, armazenam e disponibilizam informação de modo a auxiliar os profissionais de saúde na tomada de decisão (Marin, 2010, p.21).

Na área da saúde procedeu-se a uma classificação da informação, tendo em conta a sua natureza, distinguindo deste modo a informação clínica da informação administrativa, no entanto, e, segundo Alturas (2013), a informação devia também ser distinguida quando à sua importância, subdividindo o valor da informação em informação crítica, informação mínima, informação potencial e informação sem interesse, sendo esta última eliminada (Alturas, 2013 citado por V. M. M. Silva, 2014, p. 40).

Nas instituições de saúde é possível observar a constante necessidade de comunicação, uma vez que um mesmo paciente pode recorrer a unidades de saúde distintas ou até mesmo um médico pode exercer a sua atividade em diversos locais (J. R. F. T. da Silva, 2014, p.33). Deste modo, a introdução da tecnologia nas organizações e, neste caso, nos sistemas de informação na saúde serviu para melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde, no entanto, o facto dos sistemas de informação na saúde estarem a ser desenvolvidos de forma isolada e por diferentes entidades complica a interação entre os diferentes sistemas existentes (Cardoso et al., 2014, p.5350).

No contexto hospitalar, Pestana (2011, p. 230) distingue dois grupos de informação, a (i) informação produzida na instituição, onde se destaca a “informação relativa à prestação de cuidados de saúde ao doente e apoio a essa prestação; informação administrativa e de gestão; informação divulgativa, quer para utentes quer para profissionais”, e ainda, a (ii) informação produzida em instituições externas, que integra “informação de apoio à gestão; informação científica e técnica; informação de carácter institucional disponível na imprensa generalista” (Pestana, 2011, p. 230).

Para colmatar esta lacuna, adotam-se soluções que tornam esses sistemas interoperáveis. A interoperabilidade é, portanto, um aspeto igualmente importante a ter em conta nos sistemas de informação, uma vez que permite a troca de informação. A interoperabilidade é a capacidade dos sistemas de informação, neste caso, na área da saúde, trabalharem conjuntamente no interior das organizações e fora delas, na prestação de cuidados de saúde de modo eficaz a indivíduos e à comunidade (Administração Central do Sistema de Saúde, 2009, p.29).

Lopes apresenta três dimensões diferentes relacionadas com a interoperabilidade, são elas (Lopes, 2016, p.42) (quadro 5):

Quadro 5: Categorias de interoperabilidade (Lopes, p.42)

Técnica	Semântica	Organizacional
Questões técnicas entre os sistemas: interfaces, serviços de interligação, integração de dados e serviços de segurança.	Necessidade de garantir que a informação trocada mantém o seu significado, sendo compreensível quando utilizada por outra aplicação.	Definição de objetivos e modelação de processos de negócio que proporcionam a integração de diferentes estruturas e processos internos.

Fonte: elaboração nossa com base em (Lopes, 2016, p.42)

A informação entre os profissionais, sejam eles de saúde ou de informação, deve fluir de uma forma simples, rápida, eficaz, correta e completa, de modo a ser útil tanto na tomada de decisão, como na investigação e estudos estatísticos e até mesmo na definição de políticas de saúde (Silveira & Guelfi, 2008, p.1).

2.2 Competências e papel do profissional da informação na área da saúde

O papel do profissional da informação tem sido alvo de diversas mudanças. Tem-se destacado cada vez mais a sua importância no que diz respeito à gestão, mediação e disseminação da informação.

Ao profissional da informação e documentação, independentemente da área, cabe a divulgação da informação para uso profissional, o tratamento para potenciar a sua qualidade, a gestão de modo a torná-la acessível e transmiti-la aos utilizadores (European Council of Information Associations, 2005 como citado em Pereira, 2015, p.3).

O setor da informação tem ganhado cada vez mais destaque, sendo o profissional da informação forçado a modificar competências relacionadas com o saber fazer consoante aumenta o nível de exigência social.

Segundo Ceitil (2010 citado por Rodrigues, 2017), o conceito de competência pode ser analisado de várias formas: competências como atribuições, qualificações, características pessoais ou ações. As competências como atribuições, “estão inerentes ao exercício de determinados cargos, tratando-se de um elemento externo à pessoa”. Já as competências como qualificações integram um “conjunto de saberes ou domínios de execução técnica que as pessoas poderão adquirir, por via do sistema formal de ensino, seja por via da formação profissional, ou por outras modalidades de aprendizagem ao longo da vida”. As características pessoais correspondem à personalidade de cada indivíduo. As competências na ótica das ações encontram-se associadas a “fenómenos interpessoais, resultado de desempenho ou modalidades de ação” (Ceitil 2010 citado por Rodrigues, 2017, p. 38-39).

Na área da saúde, o profissional da informação destaca-se “desde o processamento técnico dos materiais, até a Gestão dos Fluxos de Informação, inserindo-se em qualquer tipo de unidade de informação”. Este é capaz de auxiliar uma equipa de modo a satisfazer as suas necessidades informacionais com diversos tipos de informações clínicas, isto é, informações “conservadas nos arquivos médicos, informações técnico-científicas, bases de dados referenciais (bibliografias, artigos, textos completos), informação de carácter administrativo, etc”. Todas estas informações necessitam de ser geridas, ou seja, precisam de ser avaliadas, selecionadas, analisadas, tratadas, organizadas e disseminadas para que qualquer pessoa consiga usufruir de modo a construir o próprio conhecimento. Neste sentido, o profissional da informação vê o seu papel valorizado, especialmente, no âmbito da saúde, visto ser ele capaz de proporcionar um fluxo da informação adequado, de modo a conseguir responder às necessidades informacionais de toda a instituição. Certo é, que dentro de uma instituição ligada à área da saúde, o profissional da informação requer uma formação que lhe permite lidar diariamente com requisitos específicos da área, possuir competências para realizar de modo eficiente as suas atividades (Biaggi, 2019, pp.15-21).

Segundo Gonçalves et al. (2014, p. 2), para a gestão da informação na área da saúde é necessária a presença de profissionais da informação com conhecimento do sistema de informação onde se encontram, “tendo presente que a função de gestão da informação é transversal a toda a instituição e deve ser assumida com a mesma importância estratégica

tradicionalmente atribuídas à gestão financeira ou gestão de recursos humanos” (F. Gonçalves et al., 2014, p. 2).

A missão dos profissionais da informação é, no fundo, disponibilizar a informação adequada para auxiliar no processo da tomada de decisão. São eles que implementam os registos de saúde eletrónicos, uma vez que possuem conhecimentos de organização, estruturação, armazenamento e recuperação da informação (Moore & Loper, 2011, p.349).

O profissional da informação que atua numa unidade de informação na área da saúde, deverá perceber a estrutura organizacional da instituição, a organização da informação, os seus utilizadores, para que assim se consiga satisfazer as necessidades informacionais. Deste modo, o profissional terá de conseguir interpretar dados, procurar sempre a inovação, de modo a executar as suas funções da melhor maneira possível. O profissional da informação destaca a sua importância nesta área quando atua em conjunto com o profissional da saúde. Esta relação resulta de uma troca de aprendizagem e conhecimento, capaz de solucionar casos, tomar decisões, aperfeiçoar técnicas e incentivar o hábito de leitura (Biaggi, 2019, pp.22-23).

Conforme dissemos anteriormente, na área da saúde, são produzidas e processadas grandes quantidades de informação, sendo necessária a criação de estratégias que facilitem a procura dessa informação. Esta procura pressupõe, segundo Dias, não só o conhecimento dos utilizadores, mas também o “conhecimento das estruturas, linguagens e outros elementos essenciais da organização da informação” (Dias, 2002, p.4).

O profissional da informação, como já foi destacado, tem um papel de grande relevância, em colaboração com os outros profissionais, sejam eles das áreas da saúde, das tecnologias de informação e comunicação (TIC), financeira, administrativa, entre outros (Biaggi, 2019, p.66). O desenvolvimento da informação no que diz respeito à capacidade de armazenamento, manipulação e processamento de dados do conhecimento, torna obsoleta uma grande parte da educação e formação, tornando-se necessário a atualização periódica dos conteúdos.

Independentemente da denominação que é dada ao profissional da Informação na área da saúde, é importante perceber a evolução deste conceito. Com a evolução das TIC, os recursos no que diz respeito ao processamento e disponibilização da informação, têm vindo a sofrer diversas mudanças, que terão de ser acompanhadas pelo profissional da informação, independentemente da área em que atua. “O aperfeiçoamento e a atualização profissional devem ser constantes, de modo a gerar serviços e produtos informacionais inovadores, bem

como desenvolver a consciência de seu papel na sociedade” (Biaggi, 2019, p.45). Os profissionais da informação na área da saúde auxiliam a procura de informação de modo a cooperar com os profissionais da saúde no diagnóstico clínico (Azevedo & Beraquet, 2010, pp.203-204).

O profissional da informação, em qualquer área, tem de estar ciente que deverá aprimorar e melhorar constantemente as suas habilidades, sejam elas técnicas, emocionais, cognitivas e comportamentais. E, portanto, é preciso ter em mente que o conhecimento em si não é suficiente, é necessário “manter, aprimorar, atualizar e estabelecer relações entre as informações, para que o produto a ser entregue ao usuário seja o mais completo possível e que atenda às suas necessidades de maneira eficiente” (Biaggi, 2019, p.75).

2.3 Arquivos hospitalares: enquadramento geral e definições

De acordo com Almeida (2011, pp. 65-68) “os sistemas de informação de saúde incluem todos os dados necessários aos profissionais de saúde e respectivos utilizadores do sistema para desenvolver e proteger a saúde da população”. Os dados incluídos nestes sistemas de informação passam pelos nascimentos, morbidades e mortalidades, localização e formação dos profissionais de saúde, indicadores populacionais, demográficos e socioeconómicos. O objetivo dos sistemas de informação na área da saúde é contribuir para que sejam realizados cuidados de saúde eficientes e que possuam uma qualidade elevada, que sejam centrados no paciente, acima de tudo, e só depois nos cuidados médicos e de enfermagem e nas tarefas administrativas e de gestão que suportam esses cuidados. É essencial existir um bom sistema de informação, com informação de qualidade, informação que deve ser bem gerida e organizada, uma vez que os profissionais de saúde necessitam de recuperar informação ao longo do dia, ou seja, com muita frequência. Com a grande quantidade de informação gerada nos Hospitais, é essencial a presença de um profissional capaz de lidar com a mesma (Almeida, 2011, pp. 65-68). A informação deve, portanto, ser processada na sua totalidade pela instituição, para evitar a existência de barreiras entre a informação clínica e a informação administrativa.

Segundo Pazin, um arquivo hospitalar produz documentos cuja tipologia é formada por (Pazin, 2005 citado por Silva, 2008, p.15):

- Documentos de constituição: dão origem à empresa nos órgãos competentes
- Documentos de direção: definem a trajetória da empresa, nomeadamente normas, planeamentos e procedimentos adotados
- Documentos de reunião: apresentam resultados para a tomada de decisão

- Documentos de gestão de recursos humanos: envolvem as áreas administrativas de pessoal, para admissão e registo
- Documentos de controlo de pagamento de pessoal, recolha de encargos, área da saúde, segurança e trabalho
- Documentos de comunicação e marketing, administrativos, financeiros, fiscais, jurídicos e técnicos
- Processos Clínicos: documentos que registam todas as informações referentes ao paciente

Os arquivos clínicos, segundo Pestana (2014, p. 694), possuem um papel fundamental nas instituições, em tarefas como o processamento, a organização, armazenamento e disseminação da informação em formato de papel. Com a presença de informação sensível e confidencial é necessária a adoção de medidas específicas bem como profissionais capazes de tratar desta documentação (Pestana, 2014, p. 694).

Documentação Clínica é, deste modo, a documentação produzida e recebida no âmbito das suas atribuições e competências pelos hospitais dependentes do Ministério da Saúde (Portaria n.º 247/2000 Dos Ministérios Da Saúde e Da Cultura de Portugal, 2000, p.1938)².

Um **processo clínico** reúne a informação clínica e administrativa relativa a um doente, evidenciando a prestação de cuidados da qual resulta a base de sustentação “para a tomada de decisão, no que respeita à prestação de cuidados de saúde, podendo, naturalmente, ser utilizado para fins diversos, de prestação de prova ou não, e de investigação científica” (Gonçalves, 2011, p. 15)

O **processo clínico eletrónico**, surgiu em 2004 por recomendação da CNPD (Comissão Nacional de Proteção de dados)³, no âmbito do Relatório de Auditoria ao Tratamento de Informação de Saúde nos Hospitais. Um processo clínico eletrónico é um documento em formato eletrónico que contém um conjunto de informações referentes aos pacientes, tratamentos e cuidados. Com as novas tecnologias de informação e comunicação, o processo

² A Portaria n.º 247/2000 de 8 de Maio aprova o regulamento arquivístico para os Hospitais, aplicável a toda a documentação produzida e recebida pelos serviços do Ministério da Saúde, criando “normas de avaliação, selecção e preservação específicas para a documentação continuamente produzida por estas entidades” (Campos, 2000, p.65).

³ A CNPD é uma entidade administrativa independente, com poderes de autoridade, que funciona junto da Assembleia da República, tendo como função controlar e fiscalizar o cumprimento das disposições legais em matéria de proteção de dados pessoais, em rigoroso respeito pelos direitos do homem e pelas liberdades e garantias consagradas na Constituição e na lei (Lei n.º 67/98 da Assembleia da República Portuguesa, 1998, p.5541). Segundo o art. 23º da presente Lei, as competências inerentes à CNPD são: emitir pareceres sobre disposições legais; autorizar tratamentos de dados pessoais; autorizar, exceionalmente, a utilização de dados para finalidades não determinantes da recolha; autorizar interconexões e transferências de dados pessoais para países terceiros; fixar o tempo de conservação dos dados; apreciar queixas e reclamações; Aplicar coimas.

clínico eletrónico favorece a partilha de informações entre os profissionais da área (Pinto, 2006, p.37). Segundo Marinho et al. (2010), um processo clínico eletrónico é também um registo de saúde informatizado, onde é registada a informação clínica de um paciente, auxiliando os sistemas de informação que reúnem todos os cuidados de saúde prestados bem como um historial clínico em diferentes serviços e unidades médicas (Marinho et al., 2010, p.768).

Quanto aos tipos de informação presentes nos processos clínicos, elas podem ser enquadradas na categoria de dados pessoais. Isto, porque segundo a Lei de Proteção de Dados Pessoais, dado pessoal é qualquer informação, independentemente da natureza, suporte, incluindo som e imagem, relativa a uma pessoa identificada ou identificável. Uma pessoa identificável é uma pessoa que direta ou indiretamente se possa identificar por referência a um número, ou elemento específico da sua identidade física, psíquica, fisiológica, económica, cultural ou social (Lei n.º 67/98 da Assembleia da República Portuguesa, 1998, p.5536).

Um processo clínico regista as informações dos pacientes, tais como, a sua identificação, a sua situação socioeconómica, o estado de saúde, radiografias, receitas, resultados dos exames, diagnóstico de especialistas, evolução do estado de saúde (Pinto, 2006, p.37). Para além de pessoais, estes são, compreensivelmente, dados considerados sensíveis. Isto, porque os **dados sensíveis** são dados pessoais referentes a convicções filosóficas ou políticas, filiação partidária ou sindical, fé religiosa, vida privada e origem racial ou étnica, bem como o tratamento de dados relativos à saúde e à vida sexual, incluindo os dados genéticos (Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia, 2016, p.15).

O tratamento de dados sensíveis apenas é permitido, mediante autorização da CNPD, por motivo de interesse público ou quando o titular tiver dado o seu consentimento expreso para o seu tratamento. Deve ser garantida a não discriminação e a segurança no tratamento da informação. O tratamento destes dados é permitido quando o mesmo for necessário para medicina preventiva; diagnóstico médico; prestação de cuidados ou tratamentos médicos; gestão de serviços de saúde, desde que seja efetuado por um profissional de saúde ou outra pessoa obrigada a sigilo profissional; seja notificado à CNPD e sejam então garantidas as medidas de segurança da informação (Lei n.º 67/98 da Assembleia da República Portuguesa, 1998, p.5536).

Por fim, um processo clínico eletrónico agrega informação dispersa; permite a articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde e entre os vários serviços; permite o pedido em tempo real de meios complementares de diagnóstico e consulta de resultados; a circulação da informação é automática; facilita a medicina partilhada; facilita a fiscalização pelas autoridades de controlo. O acesso é facilitado independentemente da localização do

paciente e do médico. Os titulares dos dados têm **direito** à informação; de acesso; de correção e de eliminação.

2.4 Instrumentos de gestão de informação em arquivos hospitalares

2.4.1 Regulamento arquivístico e portaria de gestão documental

Torna-se essencial uma legislação que regulamente a avaliação, seleção, preservação e transferência de documentos. O crescimento da documentação produzida pelos hospitais levou à criação da Portaria n.º 247/2000 de 8 de maio, um documento “aplicável à documentação produzida e recebida no âmbito das suas atribuições e competências pelos hospitais dependentes do Ministério da Saúde” (Portaria n.º 247/2000 dos Ministérios da Saúde e da Cultura de Portugal, 2000, p.1938). No quadro seguinte são resumidos os tópicos principais da referida portaria n.º 247/2000 de 08/05/2000 (quadro 6).

Quadro 6: Análise da Portaria n.º 247/2000

Processo	Definição	Observações / Formalidades
Processo de avaliação (art. 2.º)	Determina o valor do documento para assim determinar o seu prazo de conservação permanente ou eliminação	No processo de avaliação é essencial atribuir os prazos de conservação, sendo esta tarefa da responsabilidade da Direção-Geral da Saúde. Assim sendo, os prazos de conservação são contados a partir da data final dos processos, dos documentos integrados em coleção, dos registos ou da constituição dos dossiers e constam de uma tabela anexa ao Regulamento, estipulando os prazos de conservação administrativa, nas fases ativa e semi-ativa, e determina o destino final da conservação permanente ou eliminação findos os prazos acima referidos
Processo de seleção (art. 3.º)	É efetuada pelo hospital, ou seja, os documentos com valor arquivístico e de conservação permanente são conservados e remetidos para o arquivo definitivo. Já os documentos sem valor arquivístico são eliminados.	As tabelas de seleção (art. 4.º) são instrumentos que consignam e sintetizam as disposições relativamente à avaliação documental. As tabelas de seleção devem ser revistas periodicamente com intervalos de tempo inferiores a cinco anos, mediante parecer favorável do Instituto dos Arquivos Nacionais/Torre do Tombo (IAN/TT).
Remessas para o arquivo (art. 4.º)	As remessas dos documentos variam consoante arquivo intermédio e arquivo definitivo. Para o arquivo intermédio (art. 5.º) vai a documentação com reduzidas taxas de	As remessas dos documentos para arquivo intermédio e para arquivo definitivo devem ser acompanhadas de um auto de entrega (anexo I) a título de prova, este deve ter anexo uma guia de remessa (anexo II) para a identificação e controlo da documentação remetida. A guia de

	<p>utilização proveniente do arquivo corrente.</p> <p>Para o arquivo definitivo (art. 6.º) vai a documentação cujo valor arquivístico justifica a conservação permanente.</p>	<p>remessa terá de estar rubricada e autenticada pelas partes envolvidas e deve ser feita em triplicado, em que a original ficará no serviço destinatário, o duplicado será devolvido ao serviço de origem e o triplicado será provisoriamente utilizado no arquivo intermédio ou definitivo como instrumento de pesquisa.</p>
Eliminação (art. 8.º)	<p>A eliminação deverá ser efetuada logo após o cumprimento dos prazos de conservação estipulados na tabela de seleção, mediante um auto de eliminação (anexo III). O auto deverá ser assinado pelo dirigente do serviço ou organismo em causa, bem como pelo responsável do arquivo. É feito em duplicado, ficando o original no serviço que procede à eliminação e sendo o duplicado remetido para o IAN/TT.</p>	<p>A decisão do processo de eliminação deve ter em conta critérios de confidencialidade e racionalidade de meios e custos e a metodologia ecológicas de preservação do ambiente. A eliminação de documentos que não estejam mencionados na tabela carece de autorização por parte do IAN/TT.</p> <p>Os documentos a serem eliminados devem ser acompanhados de um auto de eliminação, assinado pelo dirigente do serviço o qual deve numerar e rubricar cada uma das folhas, bem como pelo responsável do arquivo. O auto de eliminação deve ainda ser feito em duplicado, ficando o original no serviço que procede à eliminação e o duplicado remetido para o IAN/TT.</p>
Substituição do suporte (art. 10.º)	<p>A substituição do suporte é feita garantido sempre a preservação, segurança, autenticidade, durabilidade e consulta de acordo com as normas técnicas em vigor. A substituição apenas poderá ser efetuada mediante parecer favorável do IAN/TT, instituição a quem compete a defesa do património arquivístico, a inspeção sobre a execução do disposto na Portaria n.º 247/2000.</p>	

Fonte: elaboração nossa com base em (Portaria n.º 247/2000 dos Ministérios da Saúde e da Cultura de Portugal, 2000, pp.1938-1939)

Destacamos a importância da Portaria n.º 247/2000 de 8 maio por se tratar de um instrumento regulador do tratamento arquivístico, não só para os hospitais, mas para todos os serviços do Ministério da Saúde. Apresenta-se como o diploma legal mais completo sobre o tema, evidenciando a preocupação com o aumento da documentação produzida. A Portaria n.º 247/2000 indica detalhadamente as definições e as formalidades em processos como a avaliação, a seleção, a preservação e a transferência dos documentos para outros suportes (Stival & Ramos, 2016, pp. 217-218).

Em 2014 este diploma legal sofreu alterações pela Portaria n.º157/2014 de 19 de agosto, onde a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde se encarrega de promover “boas práticas de gestão de documentos nos serviços e organismos do Ministério, bem como organizar e manter um serviço de documentação e coordenar as ações referentes à organização e preservação do património e arquivo histórico” (Portaria n.º157/2014 da Presidência do Conselho de Ministros e Ministério da Saúde de Portugal, 2014, p.4257). Foi adotada a menção Direção-Geral dos Livros, dos Arquivos e das Bibliotecas (DGLAB) para o órgão coordenador da política arquivística nacional, anteriormente designado de IAN/TT. E, portanto, onde na Portaria n.º247/2000 se lia que a responsabilidade era da Direção-Geral da Saúde, passa-se a ler “Secretaria-Geral do Ministério da Saúde”, assim como, onde se lia IAN/TT passa a ler-se “Direção-Geral dos Livros, dos Arquivos e das Bibliotecas” (Portaria n.º157/2014 da Presidência do Conselho de Ministros e Ministério da Saúde de Portugal, 2014, p.4257).

As preocupações com a gestão documental estão cada vez mais presentes em instituições, especialmente nos hospitais, cujos debates incidem “sobre os constrangimentos colocados pela ocupação de espaços destinados à guarda de informação clínica em papel” (Gonçalves, 2011, p.18).

Enquanto algumas instituições têm obrigação de conservar alguns dos seus documentos apenas por um certo período de tempo, os hospitais, por exemplo, são obrigados a efetuar uma conservação dos documentos permanente. Por incluírem informação clínica não podem ser eliminados, no entanto, certo é que com esta conservação é ocupado muito espaço, e, portanto, é essencial optar-se pela conversão dos processos para o suporte eletrónico. Com esta última opção é necessário o uso de tecnologias, bem como, pessoal qualificado, significando isso um grande investimento financeiro, o que atualmente não é uma prioridade da maioria das instituições (Stival & Ramos, 2016, pp. 221-222).

Segundo Gonçalves (2011, pp. 18-19), as soluções dos Hospitais passam por implementar serviços de microfilmagem, procedendo à destruição do papel ou à conservação dos registos em papel em locais sem condições adequadas ou empresas privadas. Face aos custos, a solução adotada por alguns Hospitais, passa pela digitalização de registos clínicos. No entanto, é necessário ter presente a questão de preservação, uma vez que a digitalização não pressupõe que possam ser eliminados os processos em suporte de papel, e, portanto, em termos de preservação dos registos clínicos, os hospitais optam na sua maioria por imprimir e guardar o processo clínico em papel. Esta prática contribui para o aumento do volume de papel nos arquivos, dificultando assim a organização e o manuseamento. Contribui também para a não utilização de aplicações informáticas departamentais, criando uma duplicação de registos, que

se traduz em custos financeiros elevados e constrangimentos em termos de informação (Gonçalves, 2011, pp. 18-19).

Neste sentido, é essencial a implementação de políticas de gestão documental eletrónica para hospitais. Estas políticas deverão permitir a qualquer profissional, seja da informação ou de saúde, utilizar aplicações informáticas para a gestão da informação clínica, servindo não só de apoio à decisão clínica, mas também à partilha da informação presente nos processos com qualquer unidade de saúde. No entanto, é também necessário ter conhecimentos para a correta organização e preservação destes mesmos registos, tendo em conta a segurança e as questões de confidencialidade.

2.4.2 A plataforma CLAV

A Direção-Geral do Livro, dos Arquivos e das Bibliotecas (DGLAB), organismo de coordenação da política arquivística nacional tem desenvolvido estratégias de “promoção da interoperabilidade semântica e de gestão da informação arquivística, nomeadamente ao nível do seu registo, classificação e avaliação” (Lourenço et al., 2019, p.22). Dentro das diversas estratégias desenvolvidas, encontra-se a disponibilização de uma Lista Consolidada, com o objetivo de criar uma linguagem comum para a classificação transversal da informação arquivística no âmbito da administração pública portuguesa.

A Plataforma para a Classificação e Avaliação da Informação Pública (plataforma CLAV), propõe, assim, uma Lista Consolidada (LC). A lista consolidada (figura 4) disponibilizada na plataforma CLAV permite consultar cada classe referente ao 1º nível ou tem também a opção na barra de pesquisa de pesquisar por código, título, notas de aplicação ou termos de índice, facilitando, deste modo, o trabalho do profissional da informação.



Figura 4: Lista consolidada da Plataforma CLAV

Fonte: disponível em: <https://clav.dglab.gov.pt/classes/consultar>

A LC encontra-se configurada em quatro níveis de divisão e subdivisão de informação, a ser usada para a classificação e avaliação da informação pública, o 1º nível enquadra as funções da Administração Pública (AP), o 2º nível enquadra as subfunções da AP, o 3º nível representa os processos de negócio executados pela AP e, por fim, o 4º nível apresenta a subdivisão do processo de negócio decorrentes da avaliação arquivística (DGLAB, 2019, p.2). Como podemos observar na figura seguinte, cada nível apresenta campos relativos à classificação, caracterizando os atributos das classes (código, título, descrição, notas de aplicação, notas de exclusão, termos de índice). Na análise do contexto identifica o tipo de processo, as entidades intervenientes e o tipo de intervenção. Por fim, é apresentado o campo relativo à decisão de avaliação, contendo o prazo de conservação administrativa e a respetiva justificação, bem como o destino final e a justificação (figura 5).

The image shows two screenshots of a web application interface. The left screenshot displays the classification level '700: PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE'. It includes a 'Descendência' section with '700.10 - Gestão de utentes' and '700.20 - Serviços clínicos'. Below this is the 'Descritivo da Classe' section, which shows the 'Estado' as 'Ativa' and a detailed 'Descrição' of the service. The 'Notas de Aplicação' section lists clinical acts related to health promotion. The right screenshot shows the '700.10: Gestão de utentes' level, listing specific codes like '700.10.001' for user referrals and '700.10.501' for animal consultations. It also includes a 'Descritivo da Classe' section with 'Estado' as 'Ativa' and a 'Descrição' of the management activities.

The image shows a screenshot of the '700.10.006: Registo clínico de utentes' classification level. The 'Contexto de Avaliação' section includes 'Tipo de Processo' (Processo Especifico), 'Processo Transversal' (Sim), and 'Donos do processo' (AL: Autarquias Locais, HH: Hospitais, UPCS: Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde). The 'Decisões de Avaliação' section details the 'Prazo de Conservação Administrativa' (10 anos), 'Forma de Contagem' (Data de extinção da entidade), and 'Justificação' (Critério Legal: DL 433/82; Critério de Utilidade Administrativa: 500.10.001). The 'Destino final' is 'Conservação' and the 'Justificação' is based on the 'Critério de Densidade' (A informação sintetiza outros PN da classe de 700).

Figura 5: Campos descritivos presentes nos quatro níveis
Fonte: disponível em: <https://clav.dglab.gov.pt/classes/consultar/c100.20.001>

Esta lista foi disponibilizada pela DGLAB e tem como base os resultados de vários Grupos de Trabalho (GT), coordenados pela própria DGLAB, para assim ser possível a elaboração de instrumentos de pesquisa, como planos de classificação e tabelas de seleção

(figura 6), que ajudem a classificar e a avaliar a informação produzida e acumulada diariamente pelas instituições públicas portuguesas.

Tabela de Seleção da Portaria 247/2000
↓

Data do diploma ⓘ
2000-08-05

Sumário ⓘ
Regulamento arquivístico para os hospitais e demais serviços do Ministério da Saúde, no que se refere à avaliação, selecção, transferência, incorporação em arquivo definitivo, substituição do suporte e eliminação da documentação

Fonte de legitimação ⓘ
PGD

Link ⓘ
<https://dre.pt/application/file/a/275927>

Entidade ⓘ
1. HH

Tabela de Seleção ⓘ

🔍

📅

Código	Referência	Título	PCA	Destino final
		Constituição, organização e regulamentação		▼
	1	Livros de actas	10 Anos	Conservação ▼
	2	Colecções de circulares normativas e ou informativas	5 Anos	CP ▼
	3	Colecções de ordens de serviço	5 Anos	CP ▼

Figura 6: Tabela de seleção da Portaria 247/2000

Fonte: disponível em: https://clav.dglab.gov.pt/pgd/pgd_leg_iViz75xgm02t8t0XfbY-u

No âmbito deste projeto CLAV, para além da LC, está embutida uma tabela de seleção que permite organizar e estruturar a informação desde o momento da sua produção, através de um código de classificação. Este código servirá para auxiliar sobre as decisões de avaliação, nomeadamente o período de tempo que o documento deve ser mantido no arquivo e se este deve ser eliminado ou conservado. Esta tabela de seleção identifica as classes e o ciclo de vida da informação associada aos processos de negócio. Os dados das tabelas de seleção são disponibilizados em formato aberto, sendo utilizados no registo e na classificação da informação da administração pública, de modo transversal, facilitando assim a troca de

documentos entre entidades organizacionais, com o objetivo de promover a interoperabilidade semântica através da utilização da linguagem comum (Lourenço et al., 2019, p.23)⁴.

Segundo informação da DGLAB, disponível na internet⁵, encontra-se em tramitação um projeto de Decreto-Lei que torne obrigatório o uso da Plataforma CLAV, bem como da lista Consolidada e tabelas de classificação e avaliação da informação no Estado, nas autarquias locais, nos institutos públicos, em entidades administrativas independentes, fundações públicas, associações públicas, entidades do setor público empresarial, instituições particulares de solidariedade social, notários e “entidades públicas ou privadas cujos arquivos ou património arquivístico e fotográfico tenha sido objeto de classificação ao abrigo do regime de proteção do património cultural” (DGLAB, 2021).

No que diz respeito à eliminação de documentação, no âmbito da documentação da administração pública, sobre a qual tem alcance o projeto, o mesmo CLAV preconiza que esta é feita através da submissão de autos de eliminação, também disponibilizados, a ser submetidos e autorizados pela DGLAB, diretamente na plataforma. Esta submissão será obrigatória a todas as entidades públicas que pretendam eliminar documentos, de acordo com o Decreto-Lei n.º 447/88, de 10 de dezembro, e as portarias de gestão de documentos subsequentes.

O auto de eliminação, já visto anteriormente, tem de acompanhar os documentos a serem eliminados, tratando-se do “registo comprovativo do abate documental no contexto da aplicação da tabela de seleção, segundo as regras estabelecidas em regulamento” sendo composto por diversos elementos informativos (quadro 7) (Lourenço et al., 2019, p.26).

Quadro 7: Elementos informativos do auto de eliminação (Lourenço et al., 2019)

Zonas e Elementos de informação	Nota explicativa
1. Zona de autenticação	Zona em que se identifica e procede à legitimação do auto de eliminação
1.1 N.º do auto de eliminação	Número de identificação do auto de eliminação. Número atribuído automaticamente no momento da submissão na Plataforma CLAV e que é composto por um número sequencial seguido do ano.
1.2 Data do auto de eliminação*	Data em que o auto de eliminação é submetido na Plataforma CLAV
1.3 Entidade produtora do auto de eliminação*	Identificação da entidade produtora do auto de eliminação. Entidade responsável pela eliminação. Pode corresponder à entidade produtora ou à que lhe sucedeu.

⁴ A plataforma CLAV está disponível na página web <https://clav.dglab.gov.pt>.

⁵ Notícia disponível em <https://clav.dglab.gov.pt/noticias/5e42e806b5455cd732bfe01d>

1.4 Identificação dos responsáveis	Identificação do(s) responsável(eis) pela ação de eliminação e validação do auto de eliminação. Pessoa responsável pela criação do auto. Corresponde ao utilizador que estiver autenticado no sistema para este efeito.
1.5 Diploma que legitima a eliminação*	[eAutorizadoPor] Relação entre o AE e o diploma legal, que deverá estar registado no catálogo legislativo da Plataforma, e que autoriza a ação. Pode ser uma PGD ou um despacho no caso do RADA – Relatório de Avaliação de Documentação Acumulada.
2. Zona de identificação e controlo global	Zona em que se identifica de forma genérica a informação/documentação a eliminar
2.1 Designação do fundo	Identificação do conjunto documental Fundo
2.2 Número total de agregações*	Número de agregações identificadas no auto de eliminação. Elemento de informação que resulta da soma das agregações identificadas em cada classe da Zona de identificação e controlo por classe.
2.3 Dimensão total por tipo de suporte*	Dimensão dos vários tipos de suporte identificados no auto de eliminação. Elemento de informação que resulta do somatório das dimensões por tipo de suporte identificadas em cada classe da Zona de identificação e controlo por classe. A dimensão da documentação em suporte papel deve ser apresentada em metros lineares e a dimensão em suporte digital em GB.
3. Zona de identificação e controlo por classe	Zona em que se individualiza por classe a informação/documentação a eliminar. Os elementos informativos desta zona são desdobrados por classe, podendo-se reportar várias classes num mesmo auto.
3.1 Código da classe	Código da classe da informação / documentação a eliminar
3.2 Título da classe*	Título da classe da informação / documentação a eliminar
3.3 Prazo de conservação administrativa*	Prazo de conservação administrativa da classe.
3.4 Forma de contagem do PCA*	Forma de contagem do prazo de conservação administrativa indicada na tabela de seleção.
3.5 Destino final	Destino final da classe
3.6 Natureza da intervenção	Indicação da natureza da intervenção, dono ou participante, da entidade produtora do processo de negócio.
3.7 Dono do Processo de negócio	Indicação da entidade dona do PN. Informação a preencher apenas no caso de ter preenchido “participante” no campo acima.
3.8 Datas extremas	Datas extremas da informação / documentação a eliminar
3.9 Número de agregações*	Número das agregações identificadas nesta classe. Elementos de informação que resulta da soma das agregações identificadas na Zona de identificação e controlo das agregações dependente.

3.10 Dimensão por tipo de suporte	Dimensão dos vários tipos de suporte da documentação / informação identificadas neste bloco.
4. Zona de identificação e controlo de agregações	Zona em que se individualiza as agregações dependentes de cada uma das classes identificadas na zona 3.
4.1 N.º da agregação	Identificador da agregação a eliminar
4.2 Título da agregação	Título da agregação a eliminar
4.3 Data de início de contagem do PCA	Data de início da contagem do PCA. Corresponde à data de encerramento da agregação, de acordo com a forma de contagem estabelecida para a classe, e que marca o início de contagem do PCA. Esta data pode ser diferente da data de conclusão do procedimento, dado que tem de corresponder à especificidade da forma de contagem.
4.4 Natureza da intervenção	Identificação da natureza da intervenção, dono do PN ou participante da entidade produtora no caso representado (aplica-se quando a entidade no âmbito de um PN pode intervir como dono numa circunstâncias e noutras como participante).

*Informação preenchida automaticamente quando o auto de eliminação é efetuado a partir da Plataforma CLAV.

Fonte: Lourenço et al., 2019, pp.27-29

Para além da disponibilização da informação e dos autos de eliminação, também a plataforma CLAV é utilizada na "elaboração, aprovação, atualização e controlo de aplicação de Relatórios de avaliação de documentação acumulada (RADA) da AP pela DGLAB" (Lourenço et al., 2019, p.23). Trata-se de um documento que engloba o registo de informação, independentemente do suporte material, para que possa ser utilizado em consulta, estudo, prova ou investigação, relativamente a um determinado assunto. Os documentos possuem valor informativo, uma vez que transmitem conhecimento e contêm dados sobre pessoas e objetos; e probatório, uma vez que constituem fator de prova ou de atuação da entidade produtora (Pereira, 2015, p.25).

Bellotto (1991, p.67), afirma que no caso dos arquivos públicos brasileiros, a transferência das grandes massas documentais desde a sua produção e utilização nos arquivos correntes, até à transferência para os arquivos intermédios e posteriormente para os arquivos definitivos, é um grande desafio (Bellotto, 1991, p.67). De facto, não só nos arquivos brasileiros, como nos arquivos portugueses este é um desafio ainda hoje presente, uma vez que a produção documental aumenta cada vez mais, não existindo em muitos organismos profissionais qualificados para a avaliação da documentação.

Os documentos, sofrem procedimentos arquivísticos, nomeadamente a (i) transferência “mudança de documentos, arquivos ou acervos documentais de um depósito de arquivo para outro, com ou sem alteração de custódia” (NP 4041, 2005, p.12) e a (ii) a recolha “função ou serviço de arquivo que consiste na aquisição e transferência dos documentos a conservar. Deve ser precedida de recenseamento” (NP 4041, 2005, p.13).

Para dar seguimento a estes dois processos, Freitas (2012, pp. 164-165) afirma que os documentos devem sofrer um procedimento de avaliação arquivística, já analisado anteriormente. Segundo a autora, a avaliação arquivística é uma “operação que, nos arquivos correntes e intermédios, determina o prazo de guarda e a consequente “destinação” de conjuntos documentais completos, ultimadas as necessidades de uso do próprio serviço” (Freitas, 2012, pp. 164-165). Tal como refere, “não se pode fixar um prazo rígido de manutenção dos documentos, em cada uma das fases ou etapas (corrente, intermédia e permanente), de forma a dar-lhes um tratamento uniforme” (Freitas, 2012, pp. 164-166).

Com a análise da plataforma CLAV, verificamos que de facto não é possível estipular um prazo de conservação de documentos em cada fase. De qualquer forma, Bellotto (1991 citada por Freitas, 2012, p.164), afirma que, tendencialmente (e não de forma obrigatória), as estimativas apontam para que, numa primeira idade e, portanto, nos arquivos correntes, a média de permanência é de cinco a dez anos; após este período, os documentos são transferidos para a fase seguinte, a segunda idade ou intermédia, onde permanecem em média 20 anos, e, por fim, na terceira idade ou definitiva, os documentos atingem em média 25 ou 30 anos de existência (Bellotto 1991 citada por Freitas, 2012, p.164). Esses valores de referência são normalmente fixados com base na observação dos planos de classificação vigentes e, por isso, são apenas estimativas e não preceitos rígidos.

Assim, como podemos ver na plataforma CLAV, e utilizando a área da saúde como exemplo, o campo “700: Prestação de Cuidados de Saúde”⁶, ao escolher o 2º nível 700.10: Gestão de utentes surgem logo os processos de negócio (3º nível) pertencentes à classe 700.10. Analisando a informação descritiva, das classes, como por exemplo, a 700.10.003⁷, os processos referentes a utentes para cirurgia permanecem no arquivo corrente enquanto o processo se encontra a ser utilizado, após a conclusão do procedimento, o processo é transferido para o arquivo intermédio por um período de 5 anos, e, após esse tempo, o destino final é a eliminação, uma vez que a informação presente nestes processos se encontra sintetizada no processo de negócio 700.10.006.

⁶ Informação disponível em: <https://clav.dglab.gov.pt/classes/consultar/c700>

⁷ Informação disponível em: <https://clav.dglab.gov.pt/classes/consultar/c700.10.003>

Se analisarmos agora, ainda no campo 700.10: Gestão de utentes, no entanto, o processo de negócio 700.10.006: Registo clínico de utentes, verificamos que o prazo de conservação administrativa é de 10 anos⁸, e após esse tempo os processos são conservados, e, portanto, serão transferidos para o arquivo definitivo, por sintetizar processos de negócio da classe de 700.

Com esta análise conseguimos perceber que o tempo que os documentos permanecem nos arquivos varia consoante o organismo e a informação que tratam, no entanto, é necessária a utilização dos documentos já analisados anteriormente, como tabelas de seleção, autos de eliminação, guias de remessa, devidamente preenchidos e a acompanhar os documentos nesse seu percurso. A plataforma CLAV, assume assim um papel fundamental possuindo várias funcionalidades de consulta, disponibilizando os dados da Lista Consolidada em acesso aberto.

⁸ Informação disponível em: <https://clav.dglab.gov.pt/classes/consultar/c700.10.006>

3. PROCEDIMENTO METODOLÓGICOS

3.1 Método de abordagem

O presente trabalho decorreu no atual CMRRC-RP, de 14 de outubro de 2020 a 29 de junho de 2021, tendo como objetivo avaliar o estado físico dos documentos, identificar a organização e, elaborar uma proposta de tratamento documental dos processos clínicos referentes ao Hospital Colónia Rovisco Pais.

A metodologia adotada para levar a cabo este trabalho de projeto foi, inicialmente uma pesquisa bibliográfica que, segundo Gil (2002, p.44), “é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” apoiada por uma pesquisa explicativa, que segundo o mesmo autor “[...] tem como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos. Esse é o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas” (Gil, 2002, p.44).

Para complementar a pesquisa bibliográfica, optou-se pela elaboração de um estudo de campo onde a “[...] pesquisa é desenvolvida por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas com informantes para captar suas explicações e interpretações do que ocorre no grupo. Estes procedimentos são geralmente conjugados com muitos outros, tais como a análise de documentos, filmagem e fotografias” (Gil, 2002, p.53), possibilitando o acesso a informações detalhadas. A atuação do presente trabalho incidiu apenas no arquivo clínico do Hospital Colónia Rovisco Pais, entidade produtora da documentação, com recurso a fotografias por nós tiradas, no entanto, e por se tratar de informação sensível, pessoal e em alguns casos confidencial apenas foram utilizadas para retirar informação descritiva a incluir nesse estudo e para serem disponibilizadas para o CMRRC-RP, razão pela qual não irão figurar neste documento, que tem como fim comunicar o desenvolvimento do trabalho de projeto.

3.2 Objetivo geral

Este trabalho tem como principal objetivo a avaliação física dos documentos e a identificação do sistema de organização adotado, propondo, se necessário, formas de tratamento documental para o arquivo clínico do Hospital Colónia Rovisco Pais, atualmente convertido em CMRRC – RP, para que a consulta de processos por parte dos ex-pacientes, familiares ou

investigadores possa ser feita de uma forma mais célere, assegurando também a confidencialidade e a preservação de toda a documentação a tratar.

3.3 Objetivos específicos

Como objetivos específicos propomo-nos a:

- a) Realizar uma pesquisa bibliográfica na literatura da área da ciência da informação, sobre gestão da informação, arquivos hospitalares e atuação do profissional da informação na área da saúde;
- b) Identificar a documentação presente no CMRRC-RP, referente ao Arquivo Clínico do Hospital Colónia Rovisco Pais;
- c) Efetuar uma proposta de tratamento documental para o Arquivo Clínico do Hospital Colónia Rovisco Pais, no que diz respeito à higienização, acondicionamento e organização dos processos clínicos, processos de internamento e processos de doentes externos;
- d) Elaborar uma proposta de regulamento arquivístico que defina as normas de acesso aos processos presentes no arquivo clínico;
- e) Compreender a importância do profissional da informação na organização e na conservação da documentação.

3.4 Etapas do projeto de intervenção

Antes de iniciar o processo, verificámos se possuíamos todos os equipamentos necessários para a intervenção, nomeadamente, bata, luvas, máscara e trinchas, porque apesar dos documentos terem sido higienizados não sabíamos como é que estes se encontravam.

Primeiramente identificámos as séries existentes no arquivo clínico a serem intervencionadas, sendo estas processos de internamento, processos de doentes externos e ainda os processos da creche e da casa de educação e trabalho. Em seguida, tentámos perceber se haveria algum tipo de organização já definida nos processos, verificando que a documentação pertencente ao arquivo clínico apenas estava separada consoante as séries, nomeadamente processos de internamento, processos de doentes externos, processos de funcionários, raio-x e processos clínicos. Apesar da fragilidade do papel, era perceptível a grande maioria da informação presente nos documentos. Os processos, na transferência para a sala onde se encontram atualmente, foram separados por séries e foram todos higienizados pela equipa do CMRRC-RP.

O projeto começou pelo registo do nome de cada paciente, num documento Excel, onde foram também registadas informações como naturalidade, número de inventário presente nas pastas de cada processo e ainda observações relativas ao estado de conservação do processo ou observações em relação ao paciente. Na lombada dos processos estava escrito o nome do paciente bem como um número de inventário, também este registado no documento Excel, pois será a forma mais simples de aceder ao documento, uma vez que alguns nomes não estão bem visíveis.

Registadas estas informações, e, por se tratar de 2740 processos de internamento, os processos foram divididos primeiramente por cada letra do alfabeto e posteriormente foram colocados por ordem alfabética a partir do nome próprio. Colocámos todos os processos em estantes disponibilizadas pelo CMRRC-RP, procedemos à elaboração de separadores para colocar nas estantes de modo a dividir os processos, para facilitar o acesso. Os separadores contêm o logótipo da instituição, CMRRC-RP, contêm a designação da série e a inicial do nome a que corresponde.

Os processos de internamento foram arrumados por ordem alfabética e verticalmente na estante, também os processos da creche e da casa de educação e trabalho foram colocados nas estantes, no entanto, e pela falta de espaço, estes foram divididos e colocados em caixas pretas também elas devidamente assinaladas e separadas por ordem alfabética. Optámos por colocar os processos de doentes externos em caixas de cartão devidamente identificadas, por serem processos que não são frequentemente consultados, ao contrário dos processos da creche e da casa de educação e trabalho.

Após a arrumação dos processos elaborámos uma proposta de tratamento documental que diz respeito à higienização, acondicionamento e organização, bem como sugestões de recursos humanos e materiais a serem adotados no Arquivo Clínico do Hospital Colónia Rovisco Pais.

Por se tratar de um arquivo com informação sensível e confidencial, elaborámos uma proposta de regulamento arquivístico, elaborado por nós que define o acesso dos utilizadores aos documentos.

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA INTERVENÇÃO

4.1 Caracterização do Hospital Colónia Rovisco Pais

O presente ponto caracteriza de forma detalhada o Hospital Colónia Rovisco Pais, com base em dois trabalhos já publicados por Alice Cruz, em 2006, intitulada “O Hospital Colónia Rovisco Pais e os múltiplos desdobramentos da lepra: etnografia e interdisciplinaridade” e, mais tarde, em 2009, “O Hospital-Colónia Rovisco Pais: a última leprosaria portuguesa e os universos contingentes da experiência e da memória”. Também a obra de Providência et al. (2013), intitulada “Leprosaria Nacional”, aborda detalhadamente o tema, incluindo registos de como se encontra a Leprosaria atualmente.

Inaugurado a 7 de setembro de 1947, o Hospital Colónia Rovisco Pais nasceu como Leprosaria Nacional, concebida para o tratamento da Doença de Hansen, também designada Lepra. Trata-se de uma infeção crónica causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*, descoberta em 1873 por Gerard Hansen. Ainda hoje, esta doença apresenta aspetos que não foram totalmente esclarecidos (Matos, & Santos, 2013, p.99).

Sabe-se, no entanto, que se trata de uma doença que pode afetar os nervos, a pele, os olhos e o revestimento do nariz. É uma infeção que se não for tratada pode resultar em graves lesões. A transmissão é feita por via respiratória, através do contacto com doentes, no entanto, não se propaga tão facilmente e o seu tratamento revela-se bastante eficaz. Atualmente, já não afeta a maioria da população, como se verificou em tempos passados, sendo de maior incidência em países mais carenciados. Apesar da Organização Mundial de Saúde fornecer tratamento gratuito, o custo das deslocações ao médico para o tratamento é elevado, o que faz com que muitas pessoas não o concluem ou não recebam, de todo, o tratamento (Atlas da Saúde, 2021)⁹.

O problema residia, no fundo, na natureza social da saúde pública, e, portanto, durante o Estado Novo, “a Saúde Pública nas áreas rurais procedeu à identificação das principais doenças endémicas que afectavam as suas populações, e através do “inquérito à higiene rural”, iniciando em 1934 e com revisões quinquenais” (Providência, 2013, p.11). Na sequência da reforma de 1926, foram criadas a Assistência Nacional aos Tuberculosos e a Comissão de Assistência aos Leprosos, também conhecida por Comissão da Lepra. Em 1934 foi iniciado o Inquérito da Lepra, concluído 3 anos mais tarde, identificando cerca de 1200 doentes de Hansen (Providência, 2013, pp.12-13).

⁹ Informação disponível em: <https://www.atlasdasaude.pt/artigos/hanseniose-ou-lepra-causas-sintomas-e-tratamento>.

Em 1938, Bissaya Barreto iniciou uma campanha de modo a criar instalações para acolher os doentes de Hansen. Dois anos depois foi nomeada uma comissão de obras, na qual coube a um dos arquitetos portugueses mais destacados da época na área hospitalar, Carlos Ramos (1897-1969), o projeto arquitetónico construído (figura 7). Em 1941, a construção do Hospital Colónia Rovisco Pais foi iniciada e seis anos depois, a 7 de setembro de 1947, foi inaugurado (figura 8), recebendo os primeiros doentes no dia 1 de outubro do mesmo ano, contabilizando cerca de 374 internamentos no primeiro ano (Matos & Santos, 2013, pp. 103-104).

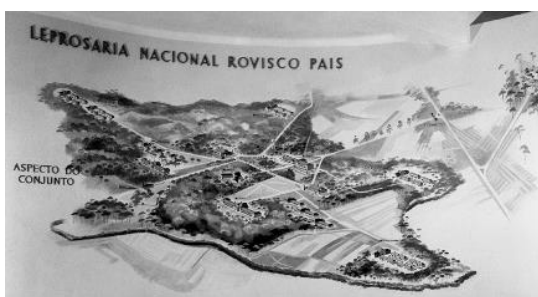


Figura 7: Projeto arquitetónico da Leprosaria Nacional Rovisco Pais

Fonte: disponível em:

<https://restosdecoleccion.blogspot.com/2012/01/leprosaria-nacional-rovisco-pais.html>



Figura 8: Vista aérea de todo o complexo hospitalar

Fonte: disponível em:

<https://restosdecoleccion.blogspot.com/2012/01/leprosaria-nacional-rovisco-pais.html>

A Leprosaria Nacional enquadrava-se na ideologia paternalista do Estado Novo em Portugal, edificada na vila da Tocha, concelho de Cantanhede, numa propriedade agrícola com cerca de 140 hectares, graças à herança deixada por José Rovisco Pais aos hospitais Cívicos de Lisboa (Providência, 2013, p.82). Em 1952 iniciou o funcionamento do pavilhão para infetocontagiosos e o bairro residencial para funcionários. A obra do Hospital Colónia Rovisco Pais permitiu no ano de 1952 a identificação de 1889 doentes em Portugal. Em 1960 foi criado o serviço de cirurgia plástica no Hospital Colónia Rovisco Pais, que contou em 1961 com 140 intervenções cirúrgicas. Em 1985 foi concedida alta-coletiva aos doentes internos e externos que se encontravam sob vigilância epidemiológica do hospital. No entanto, alguns destes optaram por permanecer no Hospital, e em 1989 encontravam-se 120 doentes a residir no Hospital Colónia Rovisco Pais (Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais & Sasakawa Health Foundation, [2021]).

Como já foi referido anteriormente, a Leprosaria dispunha de brigadas móveis “que percorriam o país e, em articulação com os delegados de saúde e com a Guarda Nacional

Republicana, procediam à identificação dos indivíduos portadores da doença, deslocando-os para o Hospital Colónia Rovisco Pais, sob mandado de captura” (Cruz et al., 2006, p.72). Bissaya Barreto, um dos impulsionadores da obra, idealizou “um modelo assente no dispensário, espaço público de atendimento médico que procederia à identificação da doença, e no asilo-colónia, que segregaria os doentes” (Cruz, 2009, pp. 409-411).

Segundo Bissaya Barreto (1939):

“Não se suponha que queremos um Leprosário género Penitenciária (...). Queremos que o Leprosário seja uma ridente aldeia, alegre, cheia de higiene e até com uma certa beleza. Casas modestas, simples, mas com muito encanto, hortas, jardins, muitas árvores, muitas flores, muita água, casa para divertimentos, estabelecimentos comerciais, oficinas, enfim um conjunto de circunstâncias, que façam esquecer aos doentes a sua desgraça e a sua miséria.” (Barreto, 1939 citado por Cruz, 2009, p.411).

De caráter ruralista, os pavilhões encontravam-se a grandes distâncias, conduzindo assim a uma ideia de “comunidade harmoniosa, coesa, una, sã, adaptadas aos propósitos de regeneração do corpo social e que está explicitamente patente na forma como os núcleos familiares se organizam, em casas geminadas, estruturalmente reduzidas ao essencial, interligadas por relações de vizinhança” (Cruz et al., 2006, p.72). A leprosaria, segundo Silva, era “destinada ao internamento e tratamento dos leprosos de ambos os sexos, de todo o País e ao estudo da profilaxia e cura da lepra” (M. S. Silva, 1962, p.26).

O Hospital Colónia baseava-se no internamento de doentes contagiosos e no tratamento em regime ambulatorio de doentes não contagiosos, visando o isolamento e a segregação para conter a doença (Cruz, 2009, p.414). Era essencial o isolamento dos doentes contagiosos em Asilos, no entanto, os doentes de Hansen não contagiosos deveriam ser tratados em dispensários. Para além do asilo e do dispensário, existia também um internato, uma creche e um preventório (Providência, 2013, pp. 13-14).

O projeto arquitetónico, incluía assim: um hospital central com quatro serviços de internamento, gabinetes de consulta médica, bloco operatório, um dispensário central e um laboratório de análises clínicas altamente sofisticado e especializado no diagnóstico da lepra (figura 9) (Cruz, 2009, p.416); incluía também dois pavilhões onde se albergavam doentes válidos para o trabalho e dois asilos destinados a acolher doentes inválidos (figura 10) (Cruz, 2009, p.416). Os dois pavilhões para doentes infecto-contagiosos, foram inaugurados em 1956, tendo a capacidade para albergar 100 doentes. Estes serviam por exemplo para tuberculosos, alienados e presos. Estes pavilhões “mantinham um acesso idêntico às casas para trabalhadores;

o pavilhão para infecto-contagiosos (que esconde um cárcere no seu alçado posterior) estava orientado a sul (e não a poente, como as restantes construções)” (Providência, 2013, p.39).



Figura 9: Hospital central, década de 1950. Espólio de Carlos Ramos. (Fotógrafo desconhecido).

Fonte: (Cruz, 2009, p.416)



Figura 10: Asilo para doentes inválidos, década de 1950. Espólio de Carlos Ramos. (Fotógrafo desconhecido).

Fonte: (Cruz, 2009, p.416).

Também possuía seis pavilhões onde se situavam as casas dos trabalhadores (figura 11) (Cruz, 2009, p.418), cinco núcleos familiares que integravam um conjunto de casas geminadas para cada unidade familiar, onde tinham acesso a um jardim e uma horta, para além de uma lavandaria, oficinas e cozinhas (figura 12) (Cruz, 2009, p.417);



Figura 11: Núcleo familiar, década de 1950. Espólio de Carlos Ramos. (Fotógrafo desconhecido).

Fonte: (Cruz, 2009, p.418).



Figura 12: Cozinha, década de 1950. Espólio de Carlos Ramos. (Fotógrafo desconhecido).

Fonte: (Cruz, 2009, p.417).

Incluía também uma capela com duas naves que separavam as alas masculina e feminina e com um muro interior que segregava os doentes dos não doentes (figura 13 e 14), para além de um cinema ao ar livre e um campo de futebol (Cruz, 2009, p.418). Para além da ergoterapia, outro conceito presente neste espaço era o de ludoterapia, onde eram desenvolvidas atividades lúdicas como futebol, espetáculos organizados pelos pacientes ou por artistas que visitavam o Hospital, grupos de canto e dança, costura entre outros (Cruz, 2009, p.418).



Figura 13: Capela, década de 1950. Espólio de Carlos Ramos. (Fotógrafo desconhecido).
Fonte: (Cruz, 2009, p.417).



Figura 14: Interior da capela, década de 1950. Espólio de Carlos Ramos. (Fotógrafo desconhecido).
Fonte: (Cruz, 2009, p.418).

Apesar de trabalhadores, os salários eram retidos e dados apenas quando estes tinham licenças e altas temporárias ou definitivas, não sendo permitida a circulação de dinheiro no antigo Hospital Colónia. Quando não fosse possível entregar o respetivo salário à pessoa correspondente, este era entregue às famílias dos internados. Bissaya Barreto, o grande impulsionador desta obra, defendia o conceito de ergoterapia, tendo aplicado o mesmo na instituição, com vista também à formação profissional, de modo a permitir a reinserção social dos internados após alta hospitalar definitiva (Cruz, 2009, p.420). Como referiu Bissaya Barreto (1935), na sua obra “A assistência aos loucos em Portugal: solução do problema”, o Hospital Colónia assemelhava-se a uma cidade, com edifícios coletivos, igrejas, refeitórios, cozinhas, oficinas, extensos terrenos e casas unifamiliares, apresentando-se como “sendo social e espacialmente auto-semelhante, pois era semelhante a partes de si mesmo ou, se quisermos, ele próprio e todas as suas partes, independentemente da escala, se assemelhavam” (Xavier, 2013, pp. 128-129).

De acordo com Cruz (2009),

“a gestão da ordem no Hospital-Colónia cabia ao corpo de funcionários – pessoal da administração, médicos, enfermeiros e assistentes sociais, mas também as irmãs da Ordem de São Vicente de Paulo, a que foram entregues funções de enfermagem e a organização dos diversos serviços de manutenção. O Hospital-Colónia dispunha ainda de um grupo de guardas-civis” (Cruz, 2009, p.420).

O hospital previa também a separação entre pais e filhos como medida profilática e, portanto, foi edificado nas proximidades um infantário (figura 15) para crianças até aos três anos de idade e uma casa de educação e trabalho para crianças dos três aos sete anos, também designada de preventório (figura 16), o qual acolhia os filhos dos internados e as crianças que nasciam no Hospital Colónia, ficando entregues às irmãs da Ordem de São Vicente de Paulo. No entanto, tinham permissão para, periodicamente, visitar os pais, num espaço localizado à

entrada do Hospital, o chamado locutório, que separava os doentes e não doentes através de vidros duplos com aberturas para a passagem de som (Cruz, 2009, p.421). Para a creche iam “os filhos de doentes isolados [...] são remetidos para as creches, imediatamente após o seu nascimento, donde sairão ao atingir a idade escolar, para serem internados nos preventórios”. Quando os filhos atingiam a maioridade, estes eram libertos podendo voltar para a residência (Providência, 2013, p. 15).



Figura 15: Exterior da Creche

Fonte: imagem retirada da página web

<https://restosdecoleccion.blogspot.com/2012/01/leproso-aria-nacional-rovisco-pais.html>



Figura 16: Casa de educação e trabalho

Fonte: imagem retirada da página web

<https://restosdecoleccion.blogspot.com/2012/01/leproso-aria-nacional-rovisco-pais.html>

Para além do dispensário central localizado no Hospital Colónia, eram efetuadas brigadas móveis, compostas por um médico, um analista e um agente social, que percorriam o país para identificar os suspeitos de lepra, “sob denúncia prévia, feita normalmente pelos médicos locais, por vizinhos ou mesmo por doentes internados no Hospital-Colónia” (Cruz, 2009, p.422). As brigadas médicas, juntamente com os polícias percorreram o país de modo a internar centenas de portugueses, vítimas desta doença. Estes eram colocados na carrinha e os seus bens eram queimados. Os filhos, caso se suspeitasse que estavam infetados eram também conduzidos para o Hospital e os saudáveis eram entregues a instituições sociais ou a familiares (*Leprosaria Nacional Rovisco Pais*, 2012)¹⁰.

Simultaneamente, funcionava um polo de investigação epidemiológica e um centro dinamizador que pretendia ensinar através de cursos (iniciado em 1960) e através da publicação da revista “Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen” (iniciada em 1962), este assunto que assombrava a população da altura (figura 17), onde no período de 20 anos foram publicados 60 números (Providência, 2013, p.110).

¹⁰ Página web: <https://restosdecoleccion.blogspot.com/2012/01/leproso-aria-nacional-rovisco-pais.html>

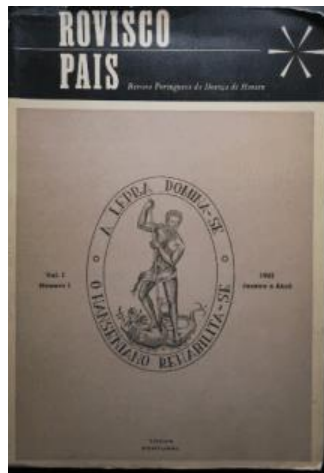


Figura 17: Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen (1962)

Fonte: disponível em: <https://www.hansen-stories.pt/1962-rovisco-pais-revista-portuguesa-de-hansen/>

A Revista Portuguesa de Hansen, teve início em 1962 pretendendo dar a conhecer as atividades médicas, científicas e sociais do Hospital até 1980. Em 1966 foi criada a Associação de Proteção aos Hansenianos e Famílias, que visava a assistência material aos internados no hospital e aos seus familiares. Em 1996, conforme referido anteriormente, o Hospital Colónia Rovisco Pais foi extinto e reconvertido em CMRRC-RP (Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais & Sasakawa Health Foundation, [2021]).

4.2 Descrição da intervenção

O presente trabalho de projeto trata da descrição do processo de organização da documentação arquivística pertencente a um Hospital que foi em tempos passados a Leprosaria Nacional. No desempenho desta função, foram mais de 3000 pacientes que o Hospital Colónia Rovisco Pais albergou. Para além destes pacientes que se encontravam internados na Leprosaria, o Hospital encarregava-se também do tratamento de doentes externos por meio de Brigadas Móveis, que permitiram, em 1952, a identificação de 1889 doentes de Hansen em Portugal (Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais, & Sasakawa Health Foundation, [2021]).

Após a conversão do Hospital Colónia Rovisco Pais para o Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro, em 1996, e a consequente extinção do Hospital Colónia Rovisco Pais os processos clínicos foram transferidos para um depósito, na instituição, não recebendo a partir desta data qualquer outro tipo de tratamento. Foi em 2016 que o Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais decidiu adotar medidas que passassem pela preservação do património e musealização de espaços e memórias, com o apoio da Sasakawa

Health Foundation (Japão). Iniciando com o tratamento do arquivo fotográfico, este projeto passou pela conservação, restauro, descrição, acondicionamento e disponibilização das fotografias, num total de 3200 itens¹¹.

Atualmente, o projeto desenvolvido pelo CMRRC-Rovisco Pais, com o apoio da Sasakawa Health Foundation foca-se na composição de um museu, tendo as suas peças passado por um processo de limpeza, identificação e análise. Para além deste apoio, através do projeto Hansen Stories, que visa a partilha de memórias de antigos pacientes, funcionários ou até mesmo familiares e que se encontra disponível online¹², é possível recordar o que foi e que continua a ser, nos dias de hoje, uma instituição de elevada importância do ponto de vista médico e social.

Em relação à documentação de carácter textual, que faz parte do arquivo, esta passou inicialmente por um processo de limpeza, realizado entre os anos de 2018 e 2019. No âmbito do projeto, todos os documentos, bem como objetos e utensílios do dia-a-dia do Hospital, além de equipamento médico e cirúrgico, foram devidamente recenseados.

Para além do recenseamento efetuado ao arquivo documental, este foi também dividido em séries, agregando-se no arquivo clínico: processos clínicos, processos de internamento, processos de doentes externos e processos da creche e da casa de educação e trabalho. Também foi realizada a ordenação alfabética dos referidos processos, bem como o seu acondicionamento, usando, da melhor maneira possível, os recursos institucionalmente disponíveis, de modo a, conforme dissemos antes, facilitar a recuperação da informação por parte de pacientes ou de investigadores.

Para dar início ao trabalho de projeto, foi elaborada, primeiramente, uma carta a requerer permissão para a realização de investigação no CMRRC-RP, devidamente assinada pela orientadora e pela mestrande e proponente do projeto, comprometendo-se esta, do ponto de vista da ética da informação, a ter em conta o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD), não divulgando dados que pudessem comprometer a identificação de qualquer pessoa, uma vez que a investigação incidiria sobre processos de doentes (cf. Apêndice I).

O pedido foi entregue na secretaria do CMRRC-RP para aprovação por parte do Conselho Diretivo da instituição, que deferiu o pedido, impondo como condição a existência de um acompanhamento presencial a realizar pela pessoa responsável pelo projeto, nomeadamente, a Dr.^a Cristina Nogueira. No entanto, e com os avanços da pandemia COVID-

¹¹ Algumas destas fotografias foram digitalizadas e podem ser encontradas na página Web desenvolvida para o fim, disponível em: <https://www.flickr.com/photos/memoriasroviscopais>.

¹² Através do site: <https://www.hansen-stories.pt>

19 e os constrangimentos daí advindos, o trabalho teve de ser interrompido, por não se poder realizar de acordo com o que antes tinha sido estabelecido (acompanhamento presencial), tendo sido novamente feito um pedido de autorização, remetido ao Conselho Diretivo, no qual a mestranda solicitava autorização para se deslocar à instituição sem o acompanhamento presencial obrigatório, de modo a poder finalizar a parte prática do seu projeto de intervenção. Este pedido foi também deferido, tendo-se solicitado apenas que as deslocações ao CMRRC-RP fossem atempadamente informadas à instituição. No fim o trabalho foi submetido para a instituição que, após análise autorizou a divulgação do mesmo.

Antes de descrever as intervenções realizadas é essencial classificar o próprio arquivo:

- a) Estrutura orgânica: trata-se de um arquivo **pluricelular**, uma vez que assenta numa estrutura organizacional de grande dimensão dividida em mais setores funcionais;
- b) Fator serviço/uso: é um arquivo **descentralizado**, ou seja, é um sistema pluricelular, já referido na alínea anterior, atribuindo autonomia aos vários setores orgânico-funcionais, no que diz respeito ao controlo da informação;
- c) Fator memória: arquivo **desativado**, pertencendo a um organismo cuja atividade foi extinta.

Como referido anteriormente, na nossa opinião, este último conceito não deve ser aplicado nos arquivos. Apesar de, na teoria, o Arquivo Clínico do Hospital Colónia Rovisco Pais ter cessado atividade, este continua ainda em funcionamento, disponibilizando informação para qualquer utilizador, desde familiares ou investigadores que simplesmente queiram estudar a Leprosaria Nacional. É um arquivo que enriquece a história e a memória do País, onde se encontram testemunhos das vivências no Hospital e dos contextos sociais e políticos. Através da recuperação destes documentos é possível estudar não só a época que o País vivenciou, mas sobretudo o desenvolvimento da Leprosaria desde a sua criação até à sua extinção.

Ainda hoje a doença de Hansen afeta muitas pessoas a nível mundial, existindo investigadores a estudar a origem da doença e a sua evolução. Deste modo, este é um arquivo apenas encerrado, mas não desativado.

Ainda em relação ao arquivo do Hospital Colónia Rovisco Pais, este encontra-se na terceira idade, ou seja, na última etapa do ciclo de vida dos documentos, também designada de arquivo **histórico** ou definitivo, uma vez que integra documentação sem valor administrativo, no entanto os documentos são conservados a fim de serem disponibilizados a pacientes, familiares, funcionários ou investigadores, não podendo ser eliminados.

Como foi referido anteriormente, o arquivo documental encontrava-se ainda sem tratamento, tendo sido providenciada, de imediato, a sua limpeza e transferência para uma sala, onde se pudesse realizar a sua identificação e posterior separação das séries documentais.

Em relação ao estado de conservação dos documentos, como foi referido no capítulo anterior, apesar da fragilidade do papel, a informação referente aos pacientes conseguia ser lida. Processos como os de doentes externos ou processos clínicos encontravam-se em bom estado de conservação. No entanto, verificámos que alguns processos de internamento apresentavam vestígios da ação de insetos e roedores, também de humidade e da ação humana (especialmente, nas perdas de suporte), para além de alguma documentação apresentar vestígios da ação do fogo.

Os processos clínicos encontravam-se em armários e envoltos em panos brancos, de modo a evitar a sua contaminação pelo pó e outros agentes de deterioração. O seu estado de conservação era satisfatório. Os processos de doentes externos e os processos da casa da educação e trabalho encontravam-se também protegidos, no interior de caixas plásticas.

Uma vez identificados e separados os diferentes tipos de processos, o procedimento que se adotou para a sua organização foi primeiramente a ordenação alfabética, praticada nos processos de internamento. Foram tratados cerca de 2740 processos, datados entre 1947 e 1996. Apesar de em 1985 ter sido dada alta-coletiva aos doentes internos e externos, alguns doentes permaneceram no hospital, tendo sido contabilizados em 1989 cerca de 120 doentes, e, portanto, só em 1996 é que todos os direitos, obrigações e o conseqüente património deixado transitou para o CMRRC-RP, após a extinção do Hospital Colónia (Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais & Sasakawa Health Foundation, [2021]).

Primeiramente, os processos foram divididos consoante a inicial do nome próprio. Optámos pela ordenação alfabética a partir do nome próprio por uma questão de praticidade para mais tarde a informação ser recuperada. É de referir que alguns dos processos de internamento não apresentavam o nome completo nem apelido. No caso de os doentes serem apelidados por outros nomes, optava-se por utilizar o nome que constava na certidão de nascimento, para efeitos de ordenação alfabética, sendo a outra designação colocada nas observações, presente na folha Excel.

Após a divisão pela primeira letra, cada nome foi inserido numa folha Excel, por ser uma ferramenta útil na medida em que permite ordenar e filtrar alfabeticamente pelo nome os pacientes introduzidos. A tabela do Excel assim elaborada inclui dados tais como: o nome do paciente, a sua naturalidade, o número de recenseamento e observações, onde são colocados outros números recenseamento, o estado de conservação do documento e também outro nome

pelo qual o paciente era conhecido. Esta tabela será útil para o CMRRC - RP, na medida em que por meio desses registos de recenseamento da documentação irá a instituição conseguir recuperar a informação dos processos existentes, bem como a sua localização quando os mesmos forem requisitados.

Todos os processos apresentavam vários números de recenseamento e, portanto, todos os números presentes foram anotados nas tabelas, para mais tarde se poder averiguar a sua pertinência. Para a informação respeitante à naturalidade do paciente, à exceção dos processos totalmente danificados, os restantes contêm a certidão de nascimento, e, a partir daí, foi anotado o concelho de nascença e quando esta informação não se encontrava presente foi colocada a residência.

Ainda, para proporcionar boas condições de acomodação da documentação que estava a ser identificada e organizada, foi solicitada a disponibilização de estantes, tendo sido este pedido rapidamente atendido, através da disponibilização de uma estante em madeira e de duas estantes metálicas (figura 18 e 19).



Figura 18: Estante de madeira disponibilizada para o acondicionamento dos processos de internamento.

Fonte: arquivo da autora



Figura 19: Estante metálica disponibilizada para o acondicionamento dos processos de internamento.

Fonte: arquivo da autora

4.3 Constituição das séries documentais

Geralmente cada processo de internamento inclui:

- a) certidão de nascimento;
- b) registo de admissão;
- c) declarações de ausência para deslocação às residências;
- d) autos de ocorrência;
- e) altas provisórias e definitivas;
- f) fichas epidemiológicas e clínicas

A certidão de nascimento é o primeiro documento de ato de registo civil da existência, enquanto cidadão, certificando o nascimento de uma pessoa no território português, bem como a data, a hora, o local de nascimento e o sexo da pessoa. Para além destes, consta também o nome e a filiação, e informações que ao longo da vida são atualizadas, como por exemplo, o casamento e o óbito. Este documento não é emitido apenas a cidadãos que tenham nascido no território português, mas também a cidadãos que obtenham a nacionalidade portuguesa (Secretaria-Geral do Ministério da Justiça Portuguesa, 2021).

Para além da certidão de nascimento, também a ficha de serviço de admissão estava presente em todos os processos de internamento. Esta é uma ficha que ainda hoje podemos visualizar nas instituições de saúde, apesar das diversas alterações sofridas ao longo do tempo, sendo, no entanto, mais frequentes atualmente as fichas em suporte digital, contendo os principais dados do paciente, nomeadamente o nome, a data de nascimento, a morada, o contacto, nome do cônjuge, a naturalidade.

Os doentes de Hansen, mediante autorização, podiam deslocar-se à sua residência durante um prazo estipulado pelo Hospital, sendo que este se encontrava descrito na declaração de ausência que continha o nome do doente, a data de início e a data de fim da ausência, bem como o local para onde o mesmo se iria deslocar. No entanto, eram vários os casos de pacientes que tentavam fugir e cada ato que não era admitido pelo Hospital era registado num auto de ocorrência. Os autos de ocorrência poderiam variar entre informações acerca de óbitos, fugas e consequentes sanções.

A declaração de alta, como o próprio nome indica, é um documento que comprova que o paciente já não se encontra internado na unidade de saúde, neste caso no Hospital Colónia, e, portanto, poderá regressar à sua residência. A ficha epidemiológica contém os dados do paciente, também presentes na ficha do serviço de admissão, bem como um inquérito epidemiológico familiar, para assim perceber os antecedentes familiares, neste caso relacionados com a doença de Hansen. Para além destes registos, o processo de internamento inclui também um inquérito sobre a doença, contendo os dados da ficha epidemiológica de um modo mais aprofundado, nomeadamente os dados do paciente (nome, data de nascimento, naturalidade, residência, profissão) e os antecedentes familiares, de modo a identificar se algum parente tinha a doença e as condições económicas em que viva. Neste último ponto, era questionado se habitava numa casa própria ou alugada; quantos compartimentos é que possuía a habitação; o valor da renda e os subsídios, pensões ou rendimentos que recebiam e o número de pessoas que habitavam juntamente com o paciente.

Tanto quanto na atualidade, era não só através destes dados que se conseguia identificar possíveis cidadãos com a doença, como também através de uma ficha de comunicantes. Como foi referido anteriormente, o Hospital Colónia Rovisco Pais foi edificado com o objetivo de abolir a doença de Hansen em Portugal, sendo destinado a todas as pessoas com esta doença e com tratamento gratuito. No entanto, era pedido às pessoas, através dos rádios oficiais, a comunicação de doentes.

Após a organização por ordem alfabética dos processos de internamento, estes foram colocados nas estantes (figura 20) disponibilizadas pelo CMRRC-RP. Uma vez que os documentos não possuíam nenhuma organização anterior reconhecível como original, optámos por realizar esta atividade. Neste caso, as séries organizadas, de modo individual, foram: os processos de internamento, os processos de doentes externos e os processos da creche e da casa de educação e trabalho. Dentro de cada série, os processos foram organizados por ordem alfabética e foram realizadas listagens dos processos, disponibilizando esses dados, conforme dissemos, em ferramentas de pesquisa (folha de Excel com aplicação de filtros) para encontrar os documentos dos respetivos pacientes.



Figura 20: Organização dos processos de internamento

Fonte: arquivo da autora

Seguidamente aos processos de internamento, foram organizados os processos de doentes externos. Nesse caso, optou-se por acondicionar estes processos em caixas de cartão, depois de ordenados por ordem alfabética. O processo de organização foi semelhante aos processos de internamento, sendo possível verificar que os processos de doentes externos englobam a ficha epidemiológica e a ficha clínica.

A ficha epidemiológica, para além de conter os dados anteriormente descritos, inclui a história clínica do paciente, desde o momento em que foi diagnosticado com a doença, os exames elaborados e o devido acompanhamento.

Inclui também a ficha clínica com os resultados das baciloscopias¹³, bem como o mapa de exames clínicos e laboratoriais e a ficha de revisões. A ficha de elucidação de diagnóstico, também presente nos processos de doentes externos, apresenta os exames clínicos efetuados, bem como os exames de laboratório. Nos exames de laboratório podemos observar que eram feitas análises ao muco nasal e à lesão cutânea (pele).

A ficha de comunicantes servia para identificar o foco, o nome do comunicante e o endereço. Seguidamente a brigada médica deslocava-se ao local efetuando os exames médicos de modo a confirmarem ou não a presença da doença.

O Hospital Colónia Rovisco Pais dispunha também de meios adequados para acolher recém-nascidos e crianças. Esta seleção era feita a partir do momento em que os progenitores davam entrada no complexo hospitalar. Se a criança fosse saudável poderia ficar a cargo de familiares ou ser entregue a uma instituição social, no entanto, em caso de suspeita de doença, a criança ficava alojada na creche ou na casa de educação e trabalho, também designada de preventório, consoante a idade. Havia um termo, normalmente de entrada ou saída, que indicava a data de entrada da criança na creche ou no preventório e a sua saída, incluía os dados dos pais, a naturalidade e a data de nascimento.

Todos os processos analisados eram iniciados com uma ficha de identificação, que como o nome indica, continha os dados da criança, mas também os antecedentes hereditários.

As crianças dispunham também de uma ficha terapêutica que indicava a prescrição clínica e a respetiva medicação, estando sujeitas a observações periódicas mensais relativamente ao tratamento. Também os processos da creche e da casa de educação e trabalho incluíam as fichas de elucidação de diagnóstico, apresentando exames clínicos e laboratoriais. No diagnóstico da doença era também necessário efetuar exames laboratoriais, como as baciloscopias. Neste caso, cada criança continha no seu processo análises ao muco nasal, de onde era retirada uma amostra do septo nasal, sendo colocada numa lâmina sobre álcool ou gás e análise à pele. Após a análise ao muco nasal e à pele, o serviço de histopatologia efetuava o relatório e o diagnóstico e era também elaborada a análise ao sangue.

No quadro seguidamente apresentado (quadro 8), elaborámos um resumo da documentação que na sua maioria integrava cada um dos processos organizados: de internamento, doentes externos e da creche e da casa de educação e trabalho.

¹³ Uma baciloscopia é a “coleta da serosidade cutânea, colhida em orelhas, cotovelos e da lesão de pele” (Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2017).

Quadro 8: Documentos presentes nos processos

Processos	Documentos	Informação presente nos documentos
Processos de Internamento	Certidão de nascimento	Nome; data, hora e local de nascimento; sexo; filiação
	Registo de admissão	Nome; data de nascimento; morada; contacto, nome do cônjuge (se aplicável); naturalidade; nº de registo colocado pela secretaria do hospital
	Declarações de ausência para deslocações às residências	Nome; data de início e fim da ausência; local para onde se deslocará
	Autos de ocorrência	Informações referentes, por exemplo, a óbitos, fugas e respetivas sanções. Indicava a data da ocorrência; intervenientes e respetivos dados pessoais; descrição da ocorrência
	Altas provisórias e definitivas	
	Fichas epidemiológicas e clínicas	Nome; filiação; profissão; residência; inquérito epidemiológico; fontes de contágio
	Inquérito sobre a doença de Hansen	Nome; data de nascimento; naturalidade; residência; profissão; antecedentes familiares; condições económicas; rendimentos; questões relativas à habitação; rendimentos
	Ficha de comunicantes	Foco; nome do comunicante; endereço
Processos de doentes externos	Ficha epidemiológica	História clínica do paciente; exames elaborados; relatório de acompanhamento
	Ficha clínica	Dados pessoais; Resultados das baciloscopias
	Mapa de exames clínicos e laboratoriais	
	Ficha de revisões	Número de revisões e respetivos exames clínicos e de laboratório
	Ficha de elucidação de diagnóstico	Exames clínicos; exames de laboratórios (análise ao muco nasal e lesão cutânea)
	Ficha de comunicantes	
Processos da creche / casa de educação e trabalho	Termo de entrada/saída	Data de entrada/saída da criança; dados pessoais (nome, data e local de nascimento); dados dos progenitores
	Ficha de identificação	Dados pessoais da criança; antecedentes hereditários
	Ficha terapêutica	Prescrição clínica e respetiva medicação; observações periódicas
	Ficha de elucidação de diagnóstico	

Fonte: elaboração nossa, com base na observação dos processos clínicos

Tal como os processos de internamento e os processos de doentes externos, estes foram organizados por ordem alfabética; no entanto os processos das crianças da creche e da casa de educação e trabalho (figura 21) foram armazenados na estante metálica, por serem processos consultados com mais frequência atualmente.

Os processos de doentes externos (figura 22), conforme já foi referido, foram acondicionados por ordem alfabética e colocados dentro de caixas de cartão, devidamente identificadas, ou, ainda, dentro de caixas de plástico (na cor preta), tendo sido também elas identificadas.



Figura 21: Processos da creche e da casa de educação e trabalho
Fonte: arquivo da autora



Figura 22: Processos de doentes Externos
Fonte: arquivo da autora

Optou-se também pela identificação das séries nas prateleiras correspondentes, e foi elaborado um separador (figura 23) com cada letra do alfabeto para ser colocado entre os grupos de processos.



Figura 23: Separadores dos processos de internamento e da creche e da casa de educação e trabalho
Fonte: elaboração da autora

Por conter informação sensível, optámos por efetuar uma proposta de regulamento arquivístico (anexo IV) que impusesse as condições de acesso ao Arquivo Clínico, bem como a consulta à documentação nele existente, incluindo também um modelo de requerimento para a cedência de documentos.

Um regulamento de arquivo, segundo a NP 4041 (2005, p.11), é um “documento de arquivo que regista o conjunto de regras que definem a organização e funcionamento de um serviço de arquivo, nomeadamente no que toca à implementação das suas subunidade e às funções de conservação e comunicação” (NP 4041, 2005, p.11).

A proposta de regulamento arquivístico define a missão e os objetivos do arquivo clínico do Hospital Colónia Rovisco Pais, distinguindo também os tipos de utilizadores: internos e externos. Por conter informação sensível e confidencial foram impostas condições de acesso aos fundos do arquivo clínico, bem como à sala de consulta.

São identificados os direitos e deveres dos utilizadores e as sanções aplicadas no caso de incumprimento do regulamento. Para a consulta do fundo documental, o utilizador terá de preencher uma requisição. Esta encontra-se disponível nos anexos da proposta de regulamento arquivístico aqui referido (Anexo IV).

Também para a reprodução de documentos do arquivo clínico é necessária uma requisição. A reprodução de documentos encontra-se sujeita ao cumprimento da legislação que regula os direitos de autor e o direito à privacidade e o utilizador compromete-se, através do preenchimento de um termo de responsabilidade, de acordo com o modelo fornecido, também ele presente na proposta de regulamento, a não fazer qualquer outra utilização das imagens cedidas, senão aquela para que tenha recebido autorização.

Elaborámos também uma tabela de preços referentes aos encargos de reprodução, a qual fica sujeita a pagamento pelo requerente. Os preços estão também presentes na proposta de regulamento arquivístico (Anexo IV)

4.4 Controlo das condições nos depósitos de arquivo

Os documentos passam para o arquivo histórico quando já não possuem valor administrativo; no entanto, a sua informação deve ser preservada e tratada arquivisticamente, para mais tarde ser disponibilizada a investigadores e a utilizadores internos e externos à entidade produtora, obedecendo às regras próprias de comunicação de informação.

Assim e para a conservação desta documentação, será essencial a afetação de um espaço próprio para o efeito, com condições específicas de preservação documental, sendo necessário, para o efeito, obedecer a requisitos em termos de espaço, materiais, iluminação e higiene num depósito de arquivo, seguindo as recomendações emanadas da literatura específica (quadro 9):

Quadro 9: Critérios gerais a ter em conta no depósito de arquivo (Pereira, 2015)

Espaço	A área total não deverá ultrapassar os 220 m ² , caso contrário a área deve ser subdividida com recurso a paredes e porta corta-fogo. Os tetos não devem ser altos para não facilitar a rápida proliferação das chamas em caso de incêndio. A carga que os pisos podem suportar tem de ser frequentemente avaliada. A porta de entrada deverá ter cerca de 90 cm, o corredor principal 120 cm e os secundários entre estantes 80 cm, para permitir a passagem de carrinhos de transporte de documentos.
Materiais	O chão deverá ter revestimento anti-poeira, ser lavável e anti-inflamável. As paredes e o teto deverão ser de cor clara e de revestimento anti-poeira. Deverá haver extintores de água pulverizada. Deverá haver escadotes com superfície anti-derrapante.
Iluminação	Deve ser de origem natural e artificial: <ul style="list-style-type: none"> • <u>Natural</u>: deve ser controlada a receção da luz com a colocação de cortinas opacas • <u>Artificial</u>: devem ser utilizadas lâmpadas fluorescentes com filtros ultravioletas, onde o nível de iluminação não deve exceder os 150 lux.
Higiene	A limpeza deve ser feita de forma rigorosa, não devendo ser utilizados detergentes, cera ou outros materiais inflamáveis. Deve ser utilizado um pano húmido com um produto neutro e inodoro na limpeza do pavimento. Deve ser utilizado um pano húmido com mistura de álcool e de águas (duas partes de água e uma de álcool) para limpeza exterior das estantes. Deve ser despejado diariamente o cesto de papéis e não devem ser arrumados no arquivo outros materiais que a ele não pertençam.

Fonte: elaboração nossa com base em: Pinto, 1998 citado por Pereira, 2015, p.38-39

Outros aspetos a considerar é a colocação de equipamento informático, de modo a agilizar a inventariação dos processos (em suporte digital) e a criação de uma área de trabalho para potenciais utilizadores. A área de trabalho deve incluir mesa, cadeira e candeeiro. Por se tratar de informação confidencial, toda a consulta à documentação deve passar primeiramente pelo funcionário destacado para o efeito, sendo ele, mediante requerimento efetuado pelo utilizador, a procurar, através do catálogo, o respetivo processo clínico (Secretaria-Geral do Ministério da Educação e Ciência de Portugal, 2003, p. 9).

Os documentos devem ser regularmente fiscalizados, e após a receção de documentação esta terá de ser intervencionada numa sala de tratamento técnico. No caso de existir uma infestação, será indispensável realizar uma desinfestação para posteriormente se proceder à higienização. Neste caso, e como os processos clínicos estiveram expostos a diversos fatores de deterioração, será necessário proceder primeiramente à inspeção periódica e seguidamente à limpeza (periódica), onde serão eliminadas poeiras, resíduos, clips e agrafos metálicos ou outros materiais ferruginosos, que coloquem em causa a sua integridade física. Após a limpeza ser realizada, a documentação terá de ser reacondicionada em pastas e caixas de “qualidade arquivística” (figura 24 e figura 25) para arquivo definitivo. Cada unidade de instalação deverá estar identificada, numerada e classificada de acordo com o quadro de classificação adotado (Pereira, 2015, p.39).



Figura 24: Pasta de arquivo com ferragem de palheta plástica e lombada expansível.

Fonte: disponível em <https://www.eco-store.pt/classificadores-comerciais-250gr-cferragem-aba-kraft-pack-10>



Figura 25: Caixa de Arquivo em cartão A4.

Fonte: disponível em <https://www.timebrands.pt/papelaria/25-pastas-arquivo-a4-definitivo>

4.5 Meios de intervenção

4.5.1 Recursos materiais e humanos

Para o Arquivo do Antigo Hospital Colónia Rovisco Pais prevê-se que sejam necessários os seguintes equipamentos, de uso regular para a conservação dos documentos: (i) estantes metálicas deslizantes; (ii) mesa de higienização; (iii) pastas de arquivo; (iv) caixas de arquivo; (v) aspirador de pó (com potência de sucção controlada); (vi) desumidificador.

Será importante a colocação de estantes metálicas deslizantes. Após a colocação destas últimas será essencial observar o espaço que a documentação irá ocupar e proceder à identificação das estantes e das prateleiras. É a partir desta identificação que deverá ser elaborada a cota a atribuir a cada unidade de instalação. Por exemplo, um documento que esteja colocado na estante 1, prateleira 4 poderá receber a cota convencionada 01.04 (onde, 01 representa a estante 1 e 04 representa a prateleira 4).

Na etiqueta a colocar em cada uma das caixas de arquivo deverá constar “o número sequencial da unidade de acondicionamento (livro, caixa, pasta, maço, capilha) e o número sequencial de unidade de instalação (livro, caixa, pasta, maço, capilha)” (Secretaria-Geral do Ministério da Educação e Ciência de Portugal, 2003, p.12).

Por se tratar de diversos processos clínicos, uma caixa de arquivo, presumivelmente, poderá comportar vários processos, e, portanto, será necessário, em cada unidade de instalação, designar os processos que contém.

A ficha de descrição consiste num instrumento utilizado, numa primeira etapa para o tratamento do documento de arquivo. O quadro apresentado seguidamente (quadro 10) especifica os campos a estarem presentes na ficha descrição. Após esta etapa, a informação é

recuperada de um modo mais eficiente, permitindo a organização mais sistematizada do arquivo (Secretaria-Geral do Ministério da Educação e Ciência de Portugal, 2003, p.16).

Quadro 10: Campos da ficha de descrição

Serviço	Serviço, secção responsável pela produção do documento. Neste caso, como se trata de processos clínicos o serviço responsável é o “Hospital-Colónia Rovisco Pais”
Localização	Localização do documento, como o número da estante e da prateleira. Sempre que a localização do documento seja alterada, a ficha deve também ser atualizada
Designação da unidade documental	Nome do documento (ex.: processos de internamento; processos de doentes externos; processos clínicos; processos da creche e da casa de educação e trabalho)
Datas extremas / inicial do nome	Normalmente, a etiqueta deverá conter as datas extremas, no entanto, e porque se trata de processos clínicos organizados por ordem alfabética, as datas extremas são substituídas pela inicial dos nomes próprios dos processos que se encontram dentro da unidade de instalação.
Número de unidade de acondicionamento	Número sequencial atribuído, durante a descrição, à unidade física de acondicionamento (ex.: maço, capilha, livro)
Número de unidade de instalação	Número sequencial atribuído durante a descrição à unidade de instalação colocada na estante.
Metragem	A metragem é o espaço da estante ocupado por cada unidade de instalação. Como o objetivo é inserir vários processos numa caixa de arquivo, apenas é colocada a metragem por caixa.
Tipo de documentos não textuais	Deve ser indicada a presença de documentos não textuais, como fotografias, material audiovisual, raio-x. Neste último caso, e como os raio-x, por exemplo, não se encontram agregados aos processos clínicos, devem ser registadas indicações que permitam estabelecer a ligação entre o processo e o exame.
Estado de conservação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bom: não se verificam danos, não existindo restrições à sua consulta ▪ Razoável: alguns danos verificados, exigindo alguns cuidados no momento da consulta e manuseamento ▪ Mau: documentos que não devem ser consultados, sem antes ser efetuado um trabalho de conservação (ex.: documentos molhados)
Observações	Qualquer informação que o profissional ache importante para ajudar a clarificar, contextualizar e recuperar a informação.

Fonte: elaboração nossa com base em (Secretaria-Geral do Ministério da Educação e Ciência de Portugal, 2003, pp.12-16).

No que diz respeito à higienização, também será fundamental a aquisição de pincéis, panos de flanela, bisturis, pinças, espátulas, agulhas, fitas de nastro, borrachas de vinil, lápis HB, papel mata-borrão, pesos, luvas de látex, luvas de algodão, máscaras e batas.

Dada a necessidade identificada de expansão dos recursos humanos atualmente disponíveis, recomenda-se a contratação de pessoal, nomeadamente: (i) um técnico superior de arquivo, responsável pela gestão documental, registo, classificação, descrição, acondicionamento da documentação, e produção editorial, entre outras; (ii) um assistente técnico (apoio administrativo) capaz de estabelecer o contacto entre os diversos departamentos, receber e entregar o expediente, transportar equipamentos, assegurar cargas e descargas, higienizar equipamentos, instalações e documentos (Pereira, 2015, p.59).

4.6 Avaliação crítica do trabalho realizado no âmbito do projeto

Ao longo deste projeto, o objeto de intervenção foi o arquivo clínico do Hospital Colónia Rovisco Pais. Para este projeto tínhamos como objetivo avaliar o estado físico dos documentos do arquivo clínico da referida instituição, perceber a organização, e se necessário propor um modelo de organização, de modo a facilitar a recuperação de processos para consulta de utilizadores externos, internos e investigadores. Por se tratar de processos de doentes, tínhamos também em mente propor um regulamento arquivístico que delimitasse as regras para consulta e reprodução dos documentos.

Através da teoria foi-nos possível relembrar aspetos já aprendidos e aplicá-los num contexto específico, neste caso, no Hospital Colónia Rovisco Pais. Procurámos explicar de forma detalhada, e recorrendo a diversos autores, conceitos operacionais. A partir destes classificámos o arquivo clínico da Leprosaria quanto à estrutura orgânica; fator serviço/uso e ainda fator memória. Inserimos também o mesmo arquivo no ciclo de vida dos documentos, nomeadamente, na terceira fase designando-se de arquivo definitivo.

Assim, depois de vários meses de pesquisa bibliográfica, tentando ao longo deste tempo estabelecer uma ligação entre a teoria e a prática, sentimo-nos com capacidade de efetuar o objetivo proposto. O recenseamento dos processos iniciou-se em outubro, e, à medida que eram registados os nomes dos pacientes, como foi referido ao longo dos capítulos anteriores, eram logo separados consoante a inicial do nome próprio.

Após verificarmos se possuíamos todos os equipamentos necessários para a intervenção, iniciámos o trabalho a que nos propusemos. A principal dificuldade sentida foi o grande volume de documentação existente em relação ao tempo disponível para a sua organização.

Um dos nossos objetivos passava pela avaliação do estado físico dos documentos, ao que concluímos que os que se apresentavam em pior estado seriam os processos de internamento. No entanto, após a transferência destes para a sala onde se encontram atualmente, foram devidamente higienizados, acabando por facilitar o nosso trabalho, na medida em que as informações eram retiradas facilmente.

Outro objetivo prendia-se em perceber a existência ou não da organização. Apesar de, na teoria termos abordado o princípio da proveniência e da ordem original, tal não foi possível seguir, uma vez que, como já foi dito, os documentos passaram por algumas transferências de local, e, portanto, a ordem original não foi mantida. Optámos assim, pela organização alfabética, não de apelido, mas sim do nome próprio.

Foram 2700 processos de internamento ordenados alfabeticamente, no entanto os processos de doentes externos bem como os processos da creche e da casa de educação e de trabalho, foram acondicionados da melhor maneira possível estando divididos por inicial do nome próprio. Optámos por intervir na organização alfabética e acondicionamento dos processos de internamento e acondicionamento dos processos de doentes externos e da creche e da casa de educação e trabalho, por serem os processos que necessitavam de intervenção urgente.

O facto de ter surgido a pandemia COVID-19 atrasou o processo, uma vez que não só não era permitida a circulação, como os trabalhadores se encontravam a desempenhar funções em teletrabalho. Por tal motivo, não nos foi possível concretizar toda a organização física do arquivo como inicialmente tínhamos idealizado. Tivemos de nos readaptar a essa nova realidade e aos seus constrangimentos.

Apesar desta condicionante, foi proveitoso o trabalho por nós desenvolvido, pela oportunidade de trabalhar num contexto real de aplicação dos conhecimentos apreendidos em aula. Percebemos a importância da gestão documental num arquivo, neste caso de carácter definitivo, mas que, como em qualquer outra fase de vida requer por parte do profissional da informação uma análise detalhada antes de ser posto em prática qualquer procedimento. A organização ditará no futuro a recuperação da informação, de tal modo, que se não forem traçados critérios será difícil a recuperação dos documentos quando estes forem necessários.

CONCLUSÃO

Este trabalho de projeto focou-se, essencialmente, no arquivo de uma instituição hospitalar, que teve grande importância na cura e na prevenção da doença de Hansen, que foi durante muito tempo uma doença que obrigava o isolamento dos pacientes em leprosas, neste caso, no Hospital Colónia Rovisco Pais, considerada a Leprosaria Nacional.

A informação é um elemento que as organizações deveriam privilegiar. A falta de conhecimentos ao nível da gestão e preservação documental, leva muitas vezes ao desaparecimento de documentos importantes nas instituições hospitalares, nomeadamente dados de pacientes.

O objetivo deste trabalho de projeto prendeu-se com a avaliação do estado físico da documentação presente no arquivo clínico do Hospital Colónia Rovisco Pais e a posterior identificação do sistema de organização dos processos de internamento, de doentes externos e dos processos da creche e da casa de educação e trabalho, e ainda com a elaboração de um conjunto de recomendações para a sua conservação. É notório o empenho do CMRRC – RP na preservação do património através dos diversos projetos que têm sido desenvolvidos e, neste sentido, este projeto veio também colmatar uma lacuna sentida pela instituição e pela investigadora, que teve a oportunidade de aprender em contexto de trabalho.

Por este estudo, verificou-se inicialmente a existência de um grande volume de documentação de processos de paciente no arquivo definitivo da instituição e sobre eles incidimos a nossa proposta de organização e de tratamento documental.

Foi também elaborada uma proposta de um regulamento para o Arquivo Clínico do Hospital Colónia Rovisco Pais (Anexo IV) que esboça a missão bem como os objetivos do Arquivo e delimita as condições de acesso por parte dos utilizadores, uma vez que a documentação que para este arquivo é transferida é de grande relevância, não só para o paciente, mas também para a história dessa doença, que ainda hoje está presente em diversas partes do mundo.

É neste sentido que o trabalho do profissional da informação se torna essencial em qualquer instituição, permitindo a recuperação da informação e a preservação de memórias, que de outro modo seriam perdidas.

A pesquisa bibliográfica elaborada *a priori* foi um elemento fulcral quando fomos para o terreno. Efetivamente, não nos foi possível organizar todo o arquivo clínico, mas apenas uma parte referente a mais de 40 anos de história clínica. Foi também notório o empenho do

CMRRC-RP, no que diz respeito à preservação do património, primeiramente e como já foi referido, a instituição, com o apoio da Sasawaka Health Foudation, tem neste momento projetos a serem executados no âmbito da preservação.

Também no que diz respeito ao nosso trabalho de projeto, a instituição prontificou-se sempre a auxiliar e a disponibilizar material necessário, o que facilitou a execução do nosso trabalho.

Os objetivos que nos propusemos a cumprir, quer na teoria, quer na prática, foram na sua maioria cumpridos. Em virtude da pandemia, passámos por constrangimentos que se refletiram no nosso cronograma, entretanto, este foi um trabalho gratificante que nos fez deparar com uma realidade, que infelizmente, se assemelha ao que vivenciamos nos dias de hoje, com a pandemia COVID-19, em termos de isolamento, óbitos e o medo vivido naquela altura, que também hoje é vivido.

No que diz respeito aos objetivos específicos, inseridos na parte teórica, foram essencialmente: realizar uma pesquisa bibliográfica na literatura da área de ciência da informação e compreender a importância do profissional da informação na preservação da documentação na área da saúde.

Estes objetivos foram cumpridos, de modo a aprofundar e a dar a conhecer aspetos e conceitos importantes na área da arquivística, que também poderão ser aplicados noutras áreas. Foi explicado o ciclo de vida dos documentos, inserindo, posteriormente na parte prática o arquivo tratado.

Em relação à parte prática propusemo-nos então a identificar a documentação referente ao arquivo clínico do Hospital Colónia Rovisco Pais, da qual destacamos as séries documentais: processos clínicos, processos de internamento, processos de doentes externos, processos da creche e da casa de educação e trabalho, processos de funcionários e raio-x.

Outro objetivo passava por efetuar uma proposta de tratamento documental, também ele executado, onde apresentamos as condições que devem estar presentes nos depósitos, bem como os recursos materiais e humanos a serem aplicados. Efetuámos também uma proposta de regulamento arquivístico na qual apresentámos a missão e os objetivos do arquivo clínico; diferenciámos os vários tipos de utilizadores e o acesso destes aos fundos do arquivo e à sala de consulta. Delineámos os direitos e deveres dos utilizadores, bem como as sanções provenientes do incumprimento do regulamento.

A experiência adquirida ao longo destes meses demonstrou-nos que a arquivística é uma área bastante complexa e cujas tarefas deverão ser bem delineadas. É um trabalho de bastante responsabilidade, que deveria ser elaborado sempre por alguém com qualificação na área. Com

a realização do presente projeto percebemos que a área da arquivística é uma área em destaque e em evolução, sendo a área que mais nos interessa em termos profissionais, o que veio reforçar em nós o desejo de continuar no terreno, após a execução desse trabalho. Deste modo, destacamos o nosso último objetivo, também ele cumprido que assentava em compreender a importância do profissional da informação na organização e conservação de um arquivo. É visível a evolução que o profissional da informação tem sentido ao longo dos tempos, não só associado a bibliotecas e arquivos, este é cada vez mais uma peça essencial em qualquer instituição contribuindo para o sucesso da mesma não só em termos de organização, mas também em termos de difusão da informação, satisfazendo deste modo as necessidades informacionais dos utilizadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2009). *RSE: Registo de Saúde Eletrónico: R1 documento de estado da arte*. http://ser.cies.iscte.pt/index_ficheiros/ACSS2009.pdf
- Almeida, A. da S. (2011). *Os sistemas de gestão da Informação arquivística nos hospitais públicos portugueses: uma perspectiva actual* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/6156>
- Argerich Fernández, I., García García, A., González Lastra, J. M., Herráez Ferrero, J. A., Hidalgo Brinquis, P., Prous Zaragoza, S., Pardo Martín, I., Sánchez Hemanpérez, A., Sanz García, M., Serrano Rivas, J. A., & Valentin Rodrigo, N. (Eds.). (2010). *Conservación preventiva y Plan de Gestión de Desastres en archivos y bibliotecas*. Ministerio de Cultura.
- Azevedo, A. W., & Beraquet, V. S. M. (2010). Formação e Competência Informacional do Bibliotecário Médico Brasileiro. *Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência Da Informação*, 7(2), 199–212. <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/1964/2085>
- Bellotto, H. L. (1991). *Arquivos Permanentes: Tratamento Documental*. T. A. Queiroz.
- Biaggi, C. de. (2019). *A atuação do bibliotecário na área da saúde no contexto da gestão do fluxo da informação* [Dissertação de Programa de Pós-Graduação, Universidade Estadual Paulista]. <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/182080>
- Campos, A. de. (2000). O Regulamento Arquivístico dos Hospitais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 18(2), 65–67. <https://run.unl.pt/handle/10362/102895>
- Cardoso, L., Marins, F., Portela, F., Santos, M., Abelha, A., & Machado, J. (2014). The next generation of interoperability agents in healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(5), 5349–5371. <https://doi.org/10.3390/ijerph110505349>
- Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais. (2021). *Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais*. História. <https://www.roviscopais.pt/historia>
- Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais, & Sasakawa Health Foundation. (n.d.). *Hansen Stories*. <https://www.hansen-stories.pt>
- Conselho Internacional de Arquivos. (2002). *ISAD(G): Norma geral internacional de descrição*

- arquivística: adoptada pelo Comité de Normas de Descrição, Estocolmo: Suécia, 19-22 de Setembro de 1999* (Grupo de trabalho para a Normalização da Descrição em Arquivo, Trans.). 2, 97. <http://arquivos.pt/wp-content/uploads/sites/11/2010/08/isadg.pdf>
- Cruz, A. (2009). O Hospital-Colónia Rovisco Pais: a última leprosaria portuguesa e os universos contingentes da experiência e da memória. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 16(2), 407–431. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702009000200008>
- Cruz, A., Matos, V., Xavier, S., Quintais, L., & Santos, A. L. (2006). O Hospital-Colónia Rovisco Pais e os múltiplos desdobramentos da lepra: etnografia e interdisciplinaridade. *Actas Do II Congresso Internacional*, 68–79.
- Decreto-Lei n.º 16/93 da Presidência do Conselho de Ministro de Portugal: Regime geral dos arquivos e do património arquivístico, Pub. L. No. Diário da República n.º19, Série I-A de 23-01-1993, 264 (1993). <https://dre.pt/pesquisa/-/search/584777/details/maximized>
- DGLAB. (2019). *Subdivisão de Processos de Negócio ao 4º nível e constituição de agregações*.
- DGLAB. (2021). *Projeto de Decreto-Lei que torna obrigatório o uso da plataforma CLAV encontra-se em tramitação*. Classificação e Avaliação Da Informação Pública. <https://clav.dglab.gov.pt/noticias/5e42e806b5455cd732bfe01d>
- Dias, E. W. (2002). Ensino e pesquisa em Ciência da Informação. *DataGramaZero*, 3(5), 7. <https://brapci.inf.br/index.php/res/v/5392>
- Direção Geral de Arquivos Portugueses. (2007). *Orientações para a descrição arquivística: Vol. 2.º*. DGARQ.
- Freitas, Maria Cristina V. de. (2012). Gestão documental. In J. A. G. de Freitas, L. B. Gouveia, & A. B. Regedor (Eds.), *Ciência da Informação: contributos para o seu estudo* (pp. 159–188). Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Freitas, Maria Cristina Vieira de. (2003). *Tudo passa e tudo fica no caminho que se faz: um estudo qualitativo de acervo e fundo de arquivo de instituição cultural, sob o paradigma que insere a arquivologia no contexto de uma ciência da informação* [Dissertação de mestrado, Escola de Ciência da Informação da Universidade de Minas Gerais]. <http://hdl.handle.net/10316/21672>
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4º ed.). Editora Atlas.

- Gonçalves, F., David, G., Gomes, J., & Oliveira, J. P. (2014). Informação em Saúde: da produção ao acesso no Centro Hospitalar São João. *Medinfor III - A Medicina Na Era Da Informação*, 14.
- Gonçalves, M. F. S. (2011). *A (re)utilização da informação clínica no contexto hospitalar/universitário: o caso do Hospital São João* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/68695/1/000149545.pdf>
- Guimarães, R. V., & Oliveira, E. B. de. (2019). Avaliação De Documentos De Arquivo : Uma análise de diferentes abordagens. *Encontros Bibli: Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência Da Informação*, 24(55), 1–23. <https://doi.org/10.5007/1518-2924.2019.e58942>
- Instituto dos Arquivos Nacionais/Torre do Tombo. (2006). *Orientações para a gestão de documentos de arquivo: no contexto de uma reestruturação da administração central do Estado*. Instituto dos Arquivos Nacionais/ Torre do Tombo. https://arquivos.dglab.gov.pt/wp-content/uploads/sites/16/2013/11/orientacoes_ace.pdf
- Jardim, J. M. (1995). A invenção da memória nos arquivos públicos. *Ciência Da Informação*, 25(2), 13.
- Lei n.º 67/98 da Assembleia da República Portuguesa: Lei da protecção de dados pessoais, Pub. L. No. Diário da República n.º 247, Série I-A de 26-10-1998, 5536 (1998). <https://data.dre.pt/eli/lei/67/1998/10/26/p/dre/pt/html>
- Leprosaria Nacional Rovisco Pais*. (2012). Restos de Colecção. <https://restosdecoleccion.blogspot.com/2012/01/leprosaria-nacional-rovisco-pais.html>
- Lopes, S. D. M. (2016). *Privacidade dos dados em ambientes de interoperabilidade: a área da saúde* [Tese de Doutoramento, Universidade de Évora]. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/18165>
- Lourenço, A., Ramalho, J. C., Gago, M. R., & Penteado, P. (2019). Plataforma CLAV: contributo para a disponibilização de dados abertos da Administração Pública em Portugal. *Cadernos BAD*, 0(2), 19–44. <https://www.bad.pt/publicacoes/index.php/cadernos/article/view/2047>
- Marin, H. de F. (2010). Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *J. Health Inform.*, 2(1), 20–24.
- Marinho, R., Machado, J. M., & Abelha, A. (2010). Processo Clínico Eletrónico Visual.

- INForum 2010: Actas Do II Simposio de Informática*, 767–778.
<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/11334>
- Matos, V. M. J., & Santos, A. L. (2013). Diagnóstico, Terapêutica e Investigação Científica. In *Leprosaria Nacional: Modernidade e Ruína no Hospital-Colónia Rovisco Pais* (1st ed., pp. 99–123). Dafne Editora.
- Moore, M., & Loper, K. A. (2011). An Introduction to Clinical Decision Support Systems. *Journal of Electronic Resources in Medical Libraries*, 8(4), 348–366.
<https://doi.org/10.1080/15424065.2011.626345>
- NP 4041. (2005). *Informação e Documentação: Terminologia Arquivística: Conceitos Básicos*, 29.
- Paes, M. L. (1997). *Arquivo: Teoria e Prática* (3rd ed.). Fundação Getulio Vargas.
- Pereira, D. (2015). *Proposta de Tratamento e Organização Documental do Arquivo Municipal de Castelo Branco* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior].
<https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/5620>
- Pestana, O. (2014). Health information services and the changing paradigm of information science. *Qualitative and Quantitative Methods in Libraries (QQML)*, 3, 693–699.
- Pestana, O. (2011). Perspectivas na transição paradigmática: um novo caminho na (re)organização dos Serviços de Informação hospitalares. *Limites, Fronteras y Espacios Comunes : Encuentros y Desencuentros En Las Ciencias de La Información : Actas [Do] V Encuentro Ibérico EDICIC 2011*, 220–230.
- Pinto, V. B. (2006). Prontuário Eletrónico do Paciente: Documento Técnico de Informação e Comunicação do Domínio da Saúde. *Enc. Bibli: R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf.*, 21, 34–48.
- Portaria n.º 247/2000 dos Ministérios da Saúde e da Cultura de Portugal: Regulamento arquivístico para os hospitais e demais serviços do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República n.º106, Série I-B de 08-05-2000, 1937 (2000).
<https://data.dre.pt/eli/port/247/2000/05/08/p/dre/pt/html>
- Portaria n.º157/2014 da Presidência do Conselho de Ministros e Ministério da Saúde de Portugal: Regulamento arquivístico para os hospitais e demais serviços do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República n.º158, Série I de 19-08-2014, 4257 (2014).
<https://dre.pt/application/file/a/56152884>

- Providência, P. (2013). Programas, Tipologias, Paradigmas. In *Leprosaria Nacional: Modernidade e Ruína no Hospital-Colónia Rovisco Pais* (1st ed., pp. 7–48). Dafne Editora.
- Providência, P., Matos, V. M. J., Santos, A. L., Xavier, S., Brás, E., & Quintais, L. (2013). *Leprosaria Nacional: Modernidade e Ruína no Hospital-Colónia Rovisco Pais* (1st ed.). Dafne Editora.
- Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia: Regulamento geral sobre a proteção de dados (RGPD) da União Europeia (UE), Jornal Oficial da União Europeia: L119 88 (2016).
- Ribeiro, F. (2011). A arquivística como disciplina aplicada no campo da ciência da informação. *Perspectivas Em Gestão & Conhecimento*, 1(1), 59–73.
<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc>
- Rodrigues, P. M. G. (2017). *Modelo de Gestão de Competências adaptado à Escola Naval* [Dissertação de Mestrado em Ciências Militares, Escola Naval].
- Rosa, M. de L., & Nóvoa, R. S. da. (2014). *Arquivos de Família: Memórias Habitadas*. IEM - Instituto de Estudos Medievais. <https://iem.fesh.unl.pt/ebooks/instrumentos1/index.html>
- Rosseau, J.-Y., & Couture, C. (1998). *Os fundamentos da disciplina arquivística* (M. B. de Figueiredo (Trans.)). Publicações Dom Quixote.
- Schellenberg, T. R. (1959). *Manual de Arquivos* (M. A. (trl) Wanderley (Ed.)). Arquivo Nacional.
- Secretaria-Geral do Ministério da Educação e Ciência de Portugal. (2003). *Manual de procedimentos para o tratamento arquivístico nas escolas*.
- Secretaria-Geral do Ministério da Justiça Portuguesa. (2021). *Nascimento*. JUSTIÇA.GOV.PT. https://justica.gov.pt/Registos/Civil/Nascimento?utm_source=Backlink&utm_medium=widget Justica.gov.pt&utm_campaign=Registo de Nascimento
- Silva, A. M. da. (2006). Terminologia Essencial. In *A informação - Da compreensão do fenómeno e construção do objeto científico* (Vol. 1, p. 176). Edições Afrontamento.
- Silva, A. M. da, & Ribeiro, F. (2002). *Das “ciências” documentais à ciência da informação: ensaio epistemológico para um novo modelo curricular*. Edições Afrontamento.

- Silva, J. R. F. T. da. (2014). *A gestão da informação sobre o absentismo: Proposta de referenciação para o Centro Hospitalar de São João* [Dissertação de Mestrado em Ciência da Informação, Universidade do Porto].
https://sigarra.up.pt/fcup/pt/PUB_GERAL.PUB_VIEW?pi_pub_base_id=32260
- Silva, T. C. F. da. (2008). *Gestão de documentos em arquivo hospitalar* [Monografia de Graduação, Centro de Ciências Sociais Aplicadas]
- Silva, M. S. (1962). Hospital-Colónia Rovisco Pais (última leprosaria do continente português). *Rovisco Pais: Revista Portuguesa Da Doença de Hansen*, 1(3), 10–41.
- Silva, V. M. M. (2014). *Gestão da informação de acidentes de trabalho em profissionais de saúde: Proposta de um sistema de gestão da sinistralidade laboral no Centro Hospitalar São João* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto].
- Silveira, M. da, & Guelfi, N. (2008). A Survey of Interoperability in E-Health Systems - The European Approach. *Proceedings of the First International Conference on Health Informatics*, 4.
- Sociedade Brasileira de Dermatologia. (2017). *Hanseníase*.
<https://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/hanseníase/9/>
- Stival, S. L. M., & Ramos, M. F. F. (2016). O período de tempo para guarda dos processos clínicos e exames. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 5(3), 212–222.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v5i3.317>
- Xavier, S. (2013). Imagem, Ruína, Fragmento. In *Leprosaria Nacional* (pp. 125–147). Dafne Editora.

APÊNDICES E ANEXOS

Anexo I – Auto de entrega**AUTO DE ENTREGA**

Aos _____ dias do mês de _____, de _____, no _____ 1, perante _____ 2 e _____ 3, dando cumprimento _____ 4, procedeu-se à _____ 5 da documentação proveniente de _____ 6 conforme o constante na guia de remessa anexa que, rubricada e autenticada por estes representantes, fica a fazer parte integrante deste auto.

O identificado conjunto documental ficará sob a custódia de _____ 7 e a sua utilização sujeita aos regulamentos internos, podendo ser objecto de todo o necessário tratamento técnico arquivístico no que respeita à conservação, acessibilidade e sua comunicação.

Da entrega lavra-se o presente auto, feito em duplicado, e assinado pelos representantes das duas entidades.

_____, _____ de _____ de _____

O representante de _____ 8: _____ 9

O representante de _____ 10: _____ 11

- 1 – Designação da entidade destinatária
- 2 – Nome e cargo do responsável da entidade remetente
- 3 – Nome e cargo do responsável da entidade destinatária
- 4 – Diploma legal ou despacho que autoriza o acto
- 5 – Natureza do acto: transferência, incorporação, depósito, doação, compra, etc.
- 6 – Designação da entidade remetente
- 7 – Designação da entidade destinatária
- 8 – Designação da entidade remetente
- 9 – Assinatura do responsável da entidade remetente
- 10 – Designação da entidade destinatária
- 11 – Assinatura do responsável da entidade destinatária

Anexo II – Guia de remessa

Guia de Remessa

Entidade Remetente _____ Remessa de saída n° _____ Data _____ Responsável _____	Entidade Destinatária _____ Remessa entrada n° _____ Data _____ Responsável _____
---	---

Volume total da remessa Nº e Tipo de U.I. _____ Dimensão _____ m

Fundo: _____ Sub-divisões orgânico-funcionais: _____ _____
--

Série _____ Sub-Série _____ Código de classificação: _____ Nº Ref. Tabela de selecção _____ Datas extremas: _____ Suporte _____ Nº e Tipo de U.I.: _____ Dimensão _____ m

Unidades de Instalação							
Nº de Ref.	Tipo	Titulo	Datas extremas	Cota		Data	
				De origem	Actual	Elim.	Transf.

IAN/TT-F-05

Anexo III – Auto de eliminação**ANEXO III****AUTO DE ELIMINAÇÃO**

Aos _____ dias do mês de _____ de _____, no(a) _____, em _____, na presença dos abaixo assinados, procedeu-se à venda / inutilização por _____, de acordo com o(s) artigo(s) _____ da Portaria nº _____ / _____ de _____, e disposições da tabela de selecção, dos documentos a seguir identificados:

Nº de Ref. da Tabela	Código de Classificação	Título da série e Sub-Série	Nº e Tipo de Unidades de Instalação	Datas Extremas	Metragem	Nº de Remessa

O responsável pelo arquivo _____

O responsável do Organismo _____

Apêndice I - Pedido de autorização para a investigação no CMRRC-RP

Inês Sofia Mateus Moura

Contactos:

Exma. Sr^a. Presidente do Conselho da Administração
Dr^a Margarida

Pretendo através desta carta requerer permissão para a realização da minha investigação, no âmbito do Mestrado em Ciência da Informação, no Centro de Reabilitação da Região Centro.

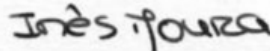
Chamo-me Inês Sofia Mateus Moura e frequento o 2º ano do Mestrado em Ciência da Informação na Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, tendo optado por realizar um trabalho de projeto orientado pela Professora Doutora Maria Cristina Vieira de Freitas. Nesse sentido pretendia recolher e analisar dados com vista à elaboração de proposta para a organização do arquivo clínico do antigo Hospital-Colónia Rovisco Pais.

Assumo desde já a responsabilidade a ter em conta o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, e não divulgar dados que possam comprometer a identificação de qualquer pessoa.

Disponibilizo-me para qualquer informação adicional através dos contactos mencionados ou mesmo presencialmente.

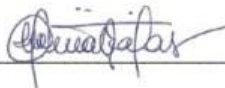
Agradecendo, desde já, a atenção dispensada

Com os melhores cumprimentos



Parecer do Orientador

Concordo com os propósitos da mestranda Inês Moura e com o plano metodológico genericamente proposto.



Anexo IV - Proposta de regulamento arquivístico



**REGULAMENTO DO ARQUIVO CLÍNICO DO
HOSPITAL COLÓNIA ROVISCO PAIS**

Maio 2021

Regulamento do Arquivo Clínico do Hospital Colónia Rovisco Pais

CAPÍTULO I

Art.º 1.º

Objeto

O presente regulamento estabelece as normas gerais de funcionamento do Arquivo Clínico do Hospital Colónia Rovisco Pais.

Art.º 2.º

Fundo documental

1 – O Arquivo Clínico dispõe de um fundo documental, propriedade do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais, constituído por processos clínicos, processos de internamento e processos de doentes externos, bem como de funcionários.

Art.º 3.º

Missão

O Arquivo Clínico do Hospital Colónia Rovisco Pais tem como missão tratar, armazenar, inventariar, valorizar e divulgar o fundo documental que possui. A documentação é conservada para servir de testemunho, prova ou informação.

Art.º 4.º

Objetivos

São objetivos do Arquivo Clínico do Hospital Colónia Rovisco Pais:

- a) Inventariar o acervo documental existente;
- b) Facilitar e fomentar o acesso à documentação disponível;
- c) Prestar informação especializada sobre temas relacionados com o património cultural do CMRRC-RP.

Art.º 5.º**Utilizadores**

1 – Os utilizadores do Arquivo Clínico do Hospital Colónia Rovisco Pais dividem-se em duas categorias: utilizadores internos e utilizadores externos:

- a) Por utilizadores internos, entendem-se todos os funcionários do CMRRC-RP;
- b) Por utilizadores externos, entendem-se todas as outras entidades individuais ou coletivas, bem como o público em geral.

2 – Pode ser solicitada a identificação aos utilizadores desconhecidos no serviço.

Art.º 6.º**Condições de acesso**

O acesso aos fundos do Arquivo Clínico é condicionado à apresentação escrita de um pedido de consulta do qual deverão constar a identificação do requerente e a natureza do trabalho a desenvolver.

Art.º 7.º**Direitos dos utilizadores**

Constituem direitos dos utilizadores:

- a) Requerer informação sobre a organização, os serviços prestados e as normas de funcionamento do Arquivo Clínico do Hospital Colónia Rovisco Pais;
- b) Consultar os fundos disponíveis seguindo as normas constantes neste regulamento;
- c) Apresentar sugestões e reclamações.

Art.º 8.º**Deveres dos utilizadores**

1 – Constituem deveres dos utilizadores:

- a) Cumprir o presente Regulamento e todas as normas estabelecidas para a utilização do Arquivo Clínico do Hospital Colónia Rovisco Pais;
- b) Contribuir para um ambiente de silêncio e manter uma conduta cívica apropriada, tendo em consideração que se encontra num espaço de estudo, consulta e leitura;
- c) Respeitar as instalações e os equipamentos;

- d) Prestar atenção às informações e observações que lhe são prestadas pelos técnicos do Arquivo Clínico, no que respeita ao funcionamento e consulta dos fundos documentais;
- e) Zelar pelo respeito e integridade física dos documentos que requisitou, abstendo-se de os danificar, nomeadamente através de anotações, desenhos, sublinhados, marcas ou dobragens;
- f) Colaborar com os técnicos do Arquivo Clínico informando sobre alguma anomalia encontrada nos documentos que lhe são entregues para consulta;

2 – É expressamente proibido:

- a) Decalcar, sublinhar, riscar, escrever ou danificar com qualquer instrumento ou por qualquer forma os documentos consultados;
- b) Retirar do Arquivo Clínico qualquer documento sem o conhecimento prévio dos responsáveis pelo Serviço;
- c) Transitar a documentação requisitada diretamente de um Serviço e/ou Secção para outro sem requerer autorização ao Arquivo Clínico do Hospital Colónia Rovisco Pais e preencher nova requisição.

Art.º 9.º

Utilização da Sala de Consulta

1 – Na sala de consulta não é permitido:

- a) Falar em voz alta ou adotar quaisquer atitudes que ponham em causa o ambiente de silêncio indispensável a um espaço de leitura e consulta documental;
- b) Usar o telemóvel;
- c) Comer ou beber;
- d) A entrada de sacos, pastas, dossiers, malas, embrulhos, guarda-chuvas, agasalhos, aparelhagem fotográfica;
- e) Depois de consultadas, as publicações devem ser deixadas sobre a mesa;

2 – Por razões de salvaguarda documental, deve o utilizador deixar na receção do CMRRC-RP todos os volumes que transporta: pastas, pacotes, guarda-chuvas, entre outros.

3 – Após a consulta, o utilizador devolverá os documentos ao funcionário do serviço, a quem cabe, exclusivamente, a sua arrumação.

Art.º 10.º**Sanções**

- 1 – O utilizador que extravie ou deteriore os documentos por si requisitados é obrigado a reparar o dano causado, nos termos gerais do Direito;
- 2 – O funcionário do Arquivo Clínico que verifique a ocorrência de falta grave ou reiterada deve participar de imediato o sucedido ao seu superior hierárquico, expondo por escrito os factos ocorridos.

CAPÍTULO II**Art.º 11.º****Propriedade da informação de saúde**

- 1 – A informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames, intervenções e diagnósticos, é propriedade da pessoa, sendo o CMRRC-RP depositário da informação, a qual não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados e a investigação em saúde e outros estabelecidos pela lei.
- 2 – O titular da informação de saúde tem o direito de, querendo, tomar conhecimento de todo o processo clínico que lhe diga respeito, salvo circunstâncias excepcionais devidamente justificadas e em que seja inequivocamente demonstrado que isso lhe possa ser prejudicial, ou de o fazer comunicar a quem seja por si indicado.

Art.º 12.º**Consulta do fundo documental**

- 1 – Entende-se por leitura presencial a que se realiza exclusivamente na “Sala de Consulta”, dentro do horário de funcionamento;
- 2 – O utilizador externo ao Arquivo Clínico do Hospital Colónia Rovisco Pais pode requisitar, apenas para consulta presencial, o fundo documental constante na lista disponibilizada na “Sala de Consulta”;
- 3 – Os utilizadores, interno ou externo, do Arquivo Clínico não têm acesso direto ao fundo documental, tendo para o efeito de preencher uma requisição e esperar que as espécies bibliográficas requisitadas lhe sejam entregues.

Art.º 13º**Acesso à informação de saúde**

1 – O utente tem o direito de tomar conhecimento de toda a informação de saúde que lhe diga respeito, e, portanto, ele poderá requisitar e reproduzir o seu próprio processo.

2 – Caso o utente não se possa deslocar ao CMRRC-RP para consultar a informação pretendida, poderá emitir uma autorização escrita para que uma terceira pessoa aceda à mesma.

(a) Desta autorização, assinada pelo utente, deve constar a identificação completa (nome, número do cartão de cidadão, número de identificação fiscal e morada) do utente e da terceira pessoa, bem como a informação a consultar.

3 – Uma terceira pessoa pode ter acesso à informação de saúde de um utente:

(a) Autorização escrita do utente;

(b) Se demonstrar, fundamentalmente, que tem interesse direto, pessoal e legítimo que justifique o acesso à informação nos termos da lei.

4 – Um familiar de um utente falecido só pode aceder à sua informação de saúde, se demonstrar fundamentalmente, ser titular de um interesse direto, pessoal, legítimo e suficientemente relevante, que justifique tal acesso, nomeadamente, quando pretende apresentar uma reclamação ou recorrer à vida judicial, para o exercício de um qualquer direito ou interesse.

Art.º 14.º**Horário de funcionamento**

O Arquivo Clínico do Hospital Colónia Rovisco Pais funciona no seguinte horário: Dias úteis das 8h30 até 12h30 e das 14h00 até as 18h00.

Art.º 15.º**Casos omissos**

As dúvidas ou casos omissos neste Regulamento são decididos pelos Órgãos de Administração do CMRRC-RP.

CAPÍTULO III

Art.º 16.º

Normas para a Reprodução de Documentos do Arquivo Clínico

- 1 – O utilizador terá de preencher uma requisição, de acordo com o modelo fornecido.
- 2 – Fotografia / Diapositivo
 - a) Para documentos cujas dimensões e estado de conservação assim o aconselhem, será apenas permitida a reprodução por um destes processos.
- 3 – Quando houver risco de a reprodução causa dano ao documento, pode o requerente, promover a cópia manual ou a reprodução por outro meio que não prejudique a sua conservação.
- 4 – A reprodução de documentos do Arquivo Clínico está sujeita ao cumprimento da legislação que regula os Direitos de Autor e o Direito à Privacidade.
- 5 – Sempre que exista cópia de acesso alternativo, não serão efetuadas reproduções a partir do original.
- 6 – Os documentos informatizados são enviados por qualquer meio de transmissão eletrónica de dados, sempre que tal for possível e desde que se trate de meio adequado à inteligibilidade e fiabilidade do seu conteúdo, e em termos rigorosamente correspondentes ao do conteúdo do registo.
- 8 – O utilizador compromete-se, mediante preenchimento do modelo de Cedência de Documentos – Termo de Responsabilidade a não fazer qualquer outra utilização das imagens cedidas, senão aquela para que recebeu autorização expressa.
- 9 – A utilização diversa da prevista, salvo se antecedida de autorização expressa e inequívoca, será sancionada nos termos de lei.

Art.º 17.º

Encargos de reprodução

- 1 – A reprodução de documentos fica sujeita a pagamento, pelo requerente, da taxa fixada.

Art.º 18.º

Resposta ao pedido de acesso

- 1 – A entidade a quem foi dirigido o requerimento de acesso a um documento deve, no prazo de 10 dias:
 - (a) Comunicar a data, local e modo para se efetivar a consulta, se requerida;
 - (b) Emitir a reprodução ou certidão requeridas;

- (c) Comunicar por escrito as razões da recuso, total ou parcial, do acesso ao documento, bem como quais as garantias de recurso administrativo e contencioso de que dispõe o requerente contra essa decisão.
- (d) Informar que não possui o documento e, se souber qual a entidade que o detém, remeter-lhe o requerimento, com conhecimento ao requerente

Art.º 19.º

Legislação Aplicável em matéria de acesso à informação de saúde

- 1** – Lei n.º 67/98, de 26 de outubro
- 2** – Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro
- 3** – Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto

Serviço de Reprodução

- **Fotocópias**
 - Formato A4 – 0,20€
 - Formato A3 – 0,30€
 - Formato B4 – 0,20€

- **Digitalizações**
 - A partir do original
 - Formato até A4 – 1,50€
 - Formato até A3 – 3,00€
 - Reprodução de digitalizações já existentes
 - Formato até A4 – 0,20€
 - Formato até A3 – 0,50€

Requerimento para Reprodução de Documentos em Suporte Digital / Fotográfico

Exmo./ Exma. Presidente

Tocha, _____ de _____ de 20_____

(Nome), _____ (profissão), Cartão de
Cidadão/ BI/ Passaporte n.º _____, emitido em _____,
pelo Arquivo de Identificação/por _____, residente na
_____, com o
n.º telefone _____, E-mail _____,
vem por este meio solicitar a V. Ex.^a. autorização para proceder à reprodução, em suporte
_____, com _____ de resolução de imagem, dos
seguintes documentos:

Esta reprodução destina-se a:

Pede deferimento.

(Assinatura)

Cedência de documentos – Termo de Responsabilidade

O Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais, cede para os fins a seguir designados, a favor de _____
_____ (nome), _____ (profissão), titular do
Cartão de Cidadão/ B.I/ Passaporte n.º _____, emitido em
_____/_____/_____, pelo Arquivo de Identificação de _____
_____, com o Número de Identificação Fiscal _____,
residente _____ com
o n.º de telefone _____, e-mail _____
_____, a reprodução dos documentos fotográficos e papel, abaixo
discriminados, que fazem parte do presente título, nas seguintes condições:

1. Os documentos originais pertencem ao património documental do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais e a sua reprodução destina-se exclusivamente a _____.
2. Não é permitida a cópia ou utilização, quando a mesma não se destine ao trabalho citado.
3. As imagens não serão cedidas a outrem, sem autorização expressa do CMRRC-RP
4. A utilização dada aos documentos é da exclusiva responsabilidade do requerente.
5. Cada imagem deverá ser acompanhada da proveniência e/ou autor do documento, bem como da indicação: “Documento/ Fotografia cedido pelo Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais”
6. Caso estas condições não sejam respeitadas, o CMRRC-RP arroga-se no direito de agir em conformidade.

Documentação de arquivo:

Tocha, _____ de _____ de 20____

Arquivo Clínico do CMRRC-RP

O Requerente