

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SAÚDE

Diego Cruz Calçada da Silva

GESTÃO EM SAÚDE:
o prontuário do paciente como fonte de informações para o gestor.

Rio de janeiro

2010

Diego Cruz Calçada da Silva

GESTÃO EM SAÚDE:

o prontuário do paciente como fonte de informações para o gestor.

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Gestão de Saúde.

Orientadora: Denise da Silva Gomes

Rio de Janeiro

2010

FICHA CATALOGRÁGICA

Diego Cruz Calçada da Silva

GESTÃO EM SAÚDE:

o prontuário do paciente como fonte de informações para o gestor.

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Gestão de Saúde.

Aprovado em 24/01/2011

BANCA EXAMINADORA

(Profa. Dra. Arlinda Barbosa Moreno – LABORAT / EPSJV / FIOCRUZ)

(Profa. Denise da Silva Gomes – LIRES / EPSJV / FIOCRUZ)

(Profa. Ms. Nair Navarro de Miranda - LIRES / EPSJV / FIOCRUZ)

AGRADECIMENTOS

Para a elaboração deste trabalho foi necessário a ajuda de diversas pessoas para com o autor, por isso o próprio autor viu a necessidade de agradecer a tais pessoas pela grande e fundamental ajuda para que esta obra se tornasse realidade.

Agradeço muito ao pessoal do Setor de Estatística e Documentação do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, que me acolheu durante o período de estágio curricular, fazendo com que eu pudesse tomar conhecimento de todo o processo de trabalho com relação ao fluxo de prontuários e poder ter uma visão crítica desse próprio funcionamento, aos meus pais, que estavam sempre ao meu lado fazendo as cobranças necessárias, à minha orientadora, que me deu base para que o meu conhecimento sobre tal assunto se tornasse mais amplo, ao pessoal do curso técnico de Gestão, que nos ajudava na elaboração de aulas visando uma melhor compreensão sobre o que verdadeiramente se trata uma monografia, ao pessoal da Biblioteca Emília Bustamante que nos forneceu o Manual de Formatação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), entre outras pessoas que foram fundamentais nessa trajetória para que o trabalho pudesse, realmente, se concretizar.

RESUMO

O trabalho aborda como pontos fundamentais o Sistema Único de Saúde, a área de Gestão em Serviços de Saúde e Informações em Saúde, importância da qualidade dos registros e o significado do Prontuário do Paciente, visando retratar a importância dessa qualidade dos registros contidos nos prontuários dos pacientes, principalmente para a correta utilização dos dados e da gestão das instituições de saúde. Apresenta uma retrospectiva histórica sobre as políticas públicas de saúde e de informações, explicitando os princípios do SUS e os direitos dos usuários que necessitam da prestação dos serviços públicos. Destaca o papel fundamental da gestão para o modelo de saúde e a importância da qualidade dos dados contidos nos prontuários para tal setor administrativo, relatando os conceitos desse documento, sua evolução histórica e a importância pela qual os registros devem ser bem feitos pelos profissionais de saúde, retratando a melhoria que a qualidade dos registros traz ao processo de trabalho e a atenção prestada à saúde do paciente.

Palavras-Chave: Sistema de Saúde. Gestão em Saúde. Informação em Saúde. Prontuário do Paciente. Qualidade dos Registros.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 GESTÃO DE SERVIÇOS	7
2.1 CARACTERÍSTICAS DA GESTÃO.....	7
2.2 GESTÃO EM SERVIÇOS SAÚDE.....	8
2.3 A IMPORTÂNCIA DAS INFORMAÇÕES PARA A GESTÃO.....	10
3 O PRONTUÁRIO DO PACIENTE	13
3.1 CONCEITOS DE PRONTUÁRIO.....	13
3.2 SERVIÇO DE REGISTROS E INFORMAÇÕES EM SAÚDE.....	15
4 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL	20
4.1 PROCESSO HISTÓRICO DE SAÚDE NO BRASIL.....	20
4.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	24
4.3 POLÍTICA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE.....	25
4.4 A IMPORTÂNCIA DAS INFORMAÇÕES PARA O SETOR SAÚDE.....	26
5 CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, para a viabilização do Sistema Único de Saúde (SUS), verifica-se a necessidade da existência de sistemas de informações eficientes que subsidiem os gestores em relação ao conhecimento sobre a situação de saúde, ou seja, “informações sobre o perfil de morbidade e mortalidade, os principais fatores de risco e seus determinantes, as características demográficas e informações sobre serviços” (MOTA; CARVALHO, 2003, apud BISPO JÚNIOR; GESTEIRA, 2004).

O objetivo deste estudo foi retratar a importância da qualidade dos registros contidos nos prontuários dos pacientes, principalmente para a área de Gestão em Saúde. Os três anos de estudos e a experiência adquirida no estágio supervisionado no Instituto de Pesquisa Evandro Chagas (IPEC), motivaram o autor a aprofundar as reflexões sobre o tema, visto ser o prontuário do paciente importante fonte de dados para os Sistemas de Informações em Saúde.

O trabalho está dividido em três eixos: O primeiro apresenta o que significa Gestão de Serviços e Gestão em Saúde e apresenta a importância das informações para a tomada de decisão por parte do gestor responsável. No segundo buscou-se conceituar prontuário do paciente, os principais dados nele contido, o setor responsável pela sua elaboração, manutenção e conservação e os direitos dos pacientes em relação a este documento e o histórico dos registros. Por último, retratou-se o processo histórico do Sistema de Saúde no Brasil, o que vem a ser as políticas públicas, destacando a política de informações em saúde e a importância das informações para o setor saúde.

O livro Texto de Apoio em Registros em Saúde, 1999, utilizado como apoio nas aulas de Informação I fundamenta inicialmente este trabalho, assim como, outros textos lidos e discutidos durante as aulas no Curso de Gerência em Saúde que ajudaram a compreender a importância dos registros de saúde para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), além de artigos, resumos, monografias e resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM). O método utilizado para a construção deste trabalho foi o modelo de pesquisa bibliográfica.

2 GESTÃO DE SERVIÇOS

2.1 CARACTERÍSTICAS DA GESTÃO

A Gestão de Serviços, também conhecida como Administração ou Gerência pode ser definida como “o ato de trabalhar com e através de pessoas para realizar os objetivos tanto da organização quanto de seus membros” (MONTANA, 1998, p.2), ou seja, o processo de gerenciamento se dá através do estudo sobre tudo e todos da organização, tais como finanças, projetos, pessoas entre outros aspectos que são fundamentais para a melhor eficiência e funcionamento possível de determinada instituição, visando a qualidade ideal do processo de trabalho, tanto pelo menor custo de matérias-primas quanto pela maior satisfação da mão-de-obra.

A administração se tornou um processo fundamental no funcionamento de todas as instituições a partir da Revolução Industrial, pois a acumulação de capital e a concorrência empresarial ganharam grandes proporções no modelo econômico vigente em tal época, que por sinal está presente até os dias de hoje, chamado de Capitalismo, podendo ser definido como um sistema econômico que visa majoritariamente o acúmulo de capital, o lucro. A partir daí, viu-se a necessidade da importância de um bom processo de gerenciamento dos serviços institucionais, e tal processo melhora completamente todo e qualquer serviço prestado por essa organização.

Foram, assim, através de estudos, criadas diversas teorias que buscavam a melhor eficiência possível de todo o processo de trabalho de uma instituição, tais como a Administração Científica, em 1903, a Teoria Clássica da Administração, em 1916, entre outros métodos de se obter uma melhoria da produtividade. Com o passar do tempo, a gestão ganhou uma enorme importância e se interligou com outras áreas, como Direito, Economia, Matemática e outras ciências que auxiliam no trabalho do gestor.

Administrar é o processo de tomar, realizar e alcançar ações que utilizam recursos para atingir objetivos. Embora seja importante em qualquer escala de aplicação de recursos, a principal razão para o estudo da administração é seu impacto sobre o desempenho das organizações. É a forma como são administradas que torna as organizações mais ou menos capazes de utilizar corretamente seus recursos para atingir os objetivos corretos. (WIKIPÉDIA, 2010).

Na atualidade, a administração está baseada principalmente em quatro pilares, que podem ser definidos como:

- Planejamento: em que o administrador é responsável por fazer uma estratégia, traçar uma meta, que deve ser cumprida por todos os funcionários e que visa um objetivo específico para por fim, incorporar-se ao processo da tomada de decisão.
- Organização: pode ser entendido como o processo posterior à meta traçada no planejamento, em que o gestor definirá como serão obtidos os resultados esperados, através da realização das tarefas por parte de todos os trabalhadores, para que nada possa prejudicar o resultado definido.
- Liderança: o administrador é o profissional responsável pelo processo de tomada de decisão pela qual a instituição sofrerá, influenciando os outros trabalhadores ao objetivo específico, que foi definido na etapa do planejamento, com a finalidade de, novamente, obter o resultado esperado.
- Controle: função que deve estar presente em todas as etapas anteriores para que o administrador possa acompanhar toda a realização do processo de trabalho, com o objetivo de se alcançar a meta traçada no planejamento.

O administrador deve ter as funções de, como dito anteriormente, planejar, organizar, liderar, controlar e ter a capacidade de resolver problemas, negociar, pensar no futuro, além de ser eticamente profissional, os planos devem sempre estar em função do bem da instituição, não favorecendo interesses pessoais, nem determinados setores da organização.

A administração é uma ciência social aplicada, fundamentada em um conjunto de normas e funções elaboradas para disciplinar elementos de produção. A administração estuda os empreendimentos humanos com o objetivo de alcançar um resultado eficaz e retorno financeiro de forma sustentável e com responsabilidade social, ou seja, é impossível falar em Administração sem falar em objetivos. Em síntese, o administrador é a ponte entre os meios (recursos financeiros, tecnológicos e humanos) e os fins (objetivos). (WIKIPÉDIA, 2010).

2.2 GESTÃO EM SERVIÇOS SAÚDE

A Gestão em Serviços de Saúde é um ramo, uma especialização do que vem a ser a própria Gestão em Serviços, ou seja, o gestor utiliza todo seu conhecimento específico sobre administração no setor saúde, suas funções são voltadas basicamente para atender as demandas necessárias da população, em relação à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim como o gestor, propriamente dito, o gestor em saúde também é responsável por planejar, traçar uma meta e definir um objetivo a ser atingido, por organizar o processo de

trabalho na realização de tarefas por parte dos funcionários da instituição, por liderar e motivar a equipe para que se alcance o resultado esperado, sem dificuldades e por controlar todas as etapas de funcionamento da organização de saúde e dos trabalhadores. Além de, como dito anteriormente, deve ter a capacidade de resolver problemas, negociar, pensar no futuro e de ser eticamente profissional, fazendo com que os planos traçados sempre estejam em função do bem da instituição de saúde, não favorecendo interesses pessoais, nem determinados setores dessa organização, tanto por parte de licitações de equipamentos adquiridos quanto pelos recursos humanos dessa unidade de saúde.

Com isso, a Gestão em Serviços de Saúde pode ser entendida como:

a assistência fornecida à população, enquanto um conjunto coordenado de ações e os produtos esperados em seu todo, tem sido objeto da organização dos serviços, situação em que os gerentes de unidades (já não somente básicas ou de atenção primária) estão diante da necessidade de articular os trabalhos produtores de cuidados e os princípios técnicos (do conhecimento científico), organizativos (do Sistema de Saúde) e ético-políticos (da Política Social em Saúde) da "boa prática" em saúde. Entenda-se esta "boa prática" como sendo aquela que, cientificamente, é a esperada. E que será operada segundo um modo de prestar os serviços que cumpra tanto com as expectativas de consumo das sociedades estruturadas na forma mercado, quanto com as expectativas políticas e éticas da máxima distribuição deste benefício que constitui a assistência à saúde e das conquistas do direito à saúde com base na reforma sanitária brasileira. (PEDUZZI et. al., 1999, p. 224, grifo do autor).

Conforme Paim e Teixeira (2006), as políticas de Gestão em Serviços de Saúde podem ser sintetizadas em seis diferentes etapas de acordo com o processo histórico e evolutivo do que realmente vem a ser a saúde.

A primeira etapa, entre 1974 – 1979, teve como características a inicialização sobre o estudo de questões como a acessibilidade do setor saúde a todos os usuários, as necessidades básicas que devem ser prestadas pela instituição aos pacientes e avaliação da condição em que se encontravam as unidades de saúde, dando maior ênfase no setor de atenção primária.

Na segunda etapa, entre 1980 – 1986, foram desenvolvidos estudos sobre a ampliação de serviços prestados aos pacientes, revisando os serviços básicos prestados, já que não atendiam por completo a demanda da população em relação ao setor saúde, entre outras pesquisas, tais como a necessidade de profissionais qualificados para a realização das tarefas exigidas.

A terceira etapa se deu no final da década de 1980 e teve como principal característica a reformulação sobre o planejamento e organização das unidades de saúde por parte dos gestores de saúde, com a criação de diversas teorias que visavam a melhor efetividade dos serviços prestados pela instituição, melhorando o atendimento dos usuários e o processo de trabalho dos funcionários.

A quarta fase, entre 1991 – 1998, “surgiram estudos sobre o desenvolvimento conceitual e metodológico do planejamento em saúde, destacando-se os desdobramentos da crítica ao caráter instrumental do planejamento e sua articulação com o processo de reorientação da política de saúde”. (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p. 76).

A quinta fase, entre os anos de 1999 e 2000, teve como principais estudos, os que estavam relacionados a uma melhor eficácia dos serviços prestados e organização dos setores nos diferentes níveis de complexidade presentes nas instituições de saúde. Foi também estudado um modelo de gestão descentralizado que visava uma melhor “reorganização do processo de trabalho, sistemas de informação em saúde, capacitação de pessoal, práticas de monitoramento, supervisão e avaliação de sistemas e serviços de saúde, bem como estudos sobre a participação e o controle social do SUS.” (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p.76).

E por fim, a sexta fase, entre 2001 – 2005, que teve como características uma nova visão sobre a atenção básica a saúde, a implantação de novos projetos, como o Programa de Saúde da Família (PSF) e a reformulação dos antigos pensamentos a respeito da informação e da comunicação em saúde, como a implantação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS).

2.3 A IMPORTÂNCIA DAS INFORMAÇÕES PARA A GESTÃO

Os sistemas de informações, hoje em dia, são de fundamental importância para qualquer instituição, seja uma empresa, uma fábrica ou um hospital, é do conhecimento de todos os gestores que um sistema de informações confiável é uma enorme fonte de dados fidedignos que terão papel fundamental em qualquer processo de tomada de decisão nessa instituição.

Quanto mais confiáveis forem as informações, melhor encaminhada será a tomada de decisão, pois os administradores possuirão total conhecimento sobre o passado institucional para assim, planejar uma meta que, posteriormente, será cumprida de acordo com os resultados esperados. Como dito por Bazzotti e Garcia (2006), quando as decisões são tomadas através de dados concretos, o gestor terá conhecimento de todos os resultados possíveis e, assim, poderá escolher qual será a melhor alternativa para a instituição.

O Sistema de Informação (SI), quando bem estruturado, garante ao gestor a utilização de dados confiáveis, gerando maior rapidez no processo decisório e melhor eficácia dos resultados planejados. “Faz-se necessário otimizar o planejamento e execução das atividades, sincronizar a cadeia de suprimentos e reduzir os custos operacionais para aumentar a

satisfação dos seus clientes e a lucratividade do negócio.” (BAZZOTTI; GARCIA, 2006, p. 12).

Os sistemas de informação nos ambientes empresariais são constituídos do gerenciamento da informação, a partir do levantamento das necessidades informacionais dos decisores, da coleta e obtenção dos dados, na análise dos dados transformando-os em informação, na distribuição da informação de acordo com as necessidades do decisor, da utilização das informações pela sua incorporação no processo de trabalho e, finalmente, da avaliação constante dos resultados obtidos e de redirecionamentos no sistema para atender às demandas e antecipar as necessidades dos decisores. É importante ressaltar que esses sistemas têm contribuído para o desenvolvimento do processo de produção nas instituições e que, nos ambientes hospitalares, em especial, têm possibilitado maior segurança para a tomada de decisão, o que resulta em melhor atendimento aos pacientes. (GUIMARÃES; ÉVORA, 2004, p. 75).

As informações possuem um papel importante, pois através da análise dos dados registrados serão tomadas decisões com maior produtividade e menor custo. O Sistema de Informação Gerencial (SIG), como dito por Bazzotti e Garcia (2006), traz para as instituições benefícios como: “redução do custo das operações, melhoria no acesso às informações, na produtividade, na tomada de decisões, na estrutura organizacional, estímulo de maior interação dos tomadores de decisão, fornecimento de melhores projeções dos efeitos das decisões” entre outros pontos positivos.

Para as unidades de saúde, as informações são de fundamental importância. A informação, desde que seja confiável, subsidia o gestor na tomada de decisão: seja em relação a organização institucional, reduzindo custos e gastos desnecessários ou em relação a melhoria da qualidade da assistência prestada à saúde do usuário.

“O prontuário do paciente é a principal fonte de dados para a gestão em saúde, pois as informações produzidas a partir dele permitem o conhecimento sobre o processo de saúde-doença do indivíduo, o padrão de atendimento prestado e o perfil da unidade ou organização em que se encontra. A utilização do prontuário como ferramenta gerencial é fundamental para o gestor, portanto, são necessárias medidas que garantam a qualidade, o que significa exigir dados claros e fidedignos, que permitam gerar indicadores capazes de auxiliar a tomada de decisão no Sistema de Saúde.” (GOMES; PINTO, 2008, p.82).

O processo de coleta e apuração dos dados, quando feito com qualidade, possibilita uma melhor análise das informações pelo gestor. “Os registros clínicos precisam estar estruturados de tal forma que possam atender a necessidades e objetivos diferentes, condições essas que também se modificam ao longo do tempo” (SCHOUT; NOVAES, 2007, p. 939).

Para melhorar a qualidade das informações em saúde é necessário, primeiramente, melhorar a qualidade dos registros, que pode ser feita através de uma boa Gestão da Informação. Algumas pesquisas mostram as dificuldades em levantar dados através dos prontuários dos pacientes. Uma alternativa para essa melhoria é a exigência de criação de

comissões de prontuários, que apesar da obrigatoriedade, em muitas unidades de saúde essas comissões só existem no papel, pois na realidade não exercem sua função.

É essencial existir uma interação entre os que tomam decisões e os que organizam e gerenciam os sistemas de informação, com a finalidade de definir os dados e informações relevantes e a forma mais adequada, em cada organização, para coletar, processar, armazenar e disseminar a informação necessária para tomada de decisão, coordenação, controle, análise e visualização. (ESCRIVÃO JUNIOR, 2007, p. 657).

Para se ter informações confiáveis que possam subsidiar o processo de tomada de decisão, por parte dos administradores, é necessário, a qualificação de profissionais, da área de Registros e Informações em Saúde, pois são esses os profissionais responsáveis pela coleta e processamento das informações em saúde, que posteriormente serão utilizadas por diversos outros profissionais da unidade.

Um obstáculo para a utilização de indicadores no processo decisório é a falta de confiança dos gestores na fidedignidade dos dados. No entanto, em que pese a relevância do aprimoramento e monitoramento constantes da qualidade dos indicadores, a principal forma de aprimorar as bases de dados é a disseminação e a utilização da informação. Finalmente, a utilização da informação para a tomada de decisão depende da forma de apresentação da informação para os gestores e da cultura das organizações. Registre-se, porém, a carência de profissionais capacitados para analisar os dados e informações hospitalares e implantar modelos adequados de disponibilização dos mesmos aos diversos interessados. (ESCRIVÃO JUNIOR, 2007, p. 658).

3 O PRONTUÁRIO DO PACIENTE

3.1 CONCEITOS DE PRONTUÁRIO

“O prontuário do paciente é o documento destinado ao registro dos cuidados prestados, quer seja em casos de internação hospitalar, em atendimento de ambulatório ou em situações de emergência” (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 1999, p.103).

Para Scochi (1994), o prontuário é uma das fontes mais importantes para o Sistema de Informações, porém se desconfia da qualidade com que os dados são registrados rotineiramente. “Deve constituir um documento único devidamente identificado, que concentre todas as informações relativas à saúde de cada paciente, evidenciando as alterações e demonstrando a evolução desse paciente durante todo o período de atendimento” (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 1999, p.103-04).

Um Prontuário bem elaborado deve ter elementos básicos tais como os dados de identificação do paciente, as evoluções e exames aos quais o paciente foi submetido, a prescrição dos medicamentos necessários entre outros aspectos fundamentais para uma boa análise, identificação e compreensão das informações registradas. Como dito anteriormente, os dados contidos nos prontuários do paciente devem ser claros, legíveis e fidedignos, porém existe a necessidade de que todos os profissionais envolvidos no processo de atenção a saúde do usuário possuam a consciência da importância desse documento, e por isso, faz-se necessário que todos esses profissionais preencham corretamente todas as exigências desse documento, não somente o médico.

Existem diversas nomenclaturas que são utilizadas para se referir a esse conjunto de registros, tais como Prontuário do Paciente, Prontuário Médico, Ficha Clínica, Registro Médico entre outros nomes que são usados para a sua correta identificação. Esse documento tem como objetivos dar assistência ao paciente, através dos registros ali contidos, pode ser analisado para a realização de posteriores pesquisas e processos de ensino, serve de base para a administração da instituição, como documento de caráter legal, pode ser utilizado para possíveis diagnósticos de usuários entre diversas outras finalidades.

O nome prontuário se originou a partir do nome em latim *prontuarium* que pode ser definido como o lugar onde se guardam coisas de fácil acesso. O primeiro registro encontrado até os dias de hoje data do período entre 3000 (três mil) e 2000 (dois mil) a.C. (antes de Cristo) no Egito, feito por Imhotep, que era considerado médico, filósofo e astrólogo, onde

registrou quarenta e oito casos de doenças, com informações sobre as lesões e os tratamentos de seus pacientes. O conceito legal de registros médicos foi implantado 2000 (dois mil) a.C. na Mesopotâmia pelo Código de Hamurabi, onde se encontravam conceitos de práticas médicas, sintomas distintos e plantas medicinais com poder de cura.

Na Grécia, a medicina teve início com os filósofos, primeiramente com Esculápio, considerado o deus da medicina grega, era um médico de grande importância e atendia seus pacientes em templos e as informações sobre seus pacientes eram escritas nas próprias paredes dos templos como nomes, doenças e resultados obtidos. “Esculápio conferiu importância à identificação do paciente, embora não tivesse em mente a continuidade do tratamento. Seus propósitos, na verdade, eram educativos” (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 1999, p.29).

Outros tipos de anotações também foram feitos por Hipócrates (460 – 370 a.C.), que desenvolveu novos métodos para analisar os pacientes através de observações diretas e, deu um grande passo, em relação à utilização de água fervida e mãos limpas em suas operações. Hipócrates “foi considerado o pai da medicina porque a separou do mistério e da magia, liberando os deuses de suas responsabilidades na prevenção e no tratamento das doenças e colocando este encargo nas mãos do homem” (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 1999, p. 29).

Em Roma, o médico que mais contribuiu para o fato da obtenção de informações sobre os pacientes enfermos foi o médico e filósofo Galeno (129 d.C – 199 d.C. ou 217), que inventou métodos experimentais baseados na observação dos enfermos. O povo hebreu teve grande importância na medicina, pois foi marcado pela prevenção de doenças através de práticas de higiene, tendo como uma de suas obras o Código de Higiene.

Médicos da Índia contribuíram para o desenvolvimento da medicina através da criação e utilização de novos instrumentos cirúrgicos que são utilizados em operações até os dias de hoje, os registros sobre esses instrumentos estão descritos no livro Susruta. Na China, os médicos acreditavam que o bem-estar estava ligado ao equilíbrio entre duas forças, o yin e o yang e desenvolveram a técnica da acupuntura que é muito usada hoje em dia em terapias, além da grande ingestão de água para a saúde do corpo. Na Itália, o religioso Camilo de Lellis (1550 – 1614) fez de forma mais organizada as anotações sobre os pacientes.

3.2 SERVIÇO DE REGISTROS E INFORMAÇÕES EM SAÚDE

O primeiro serviço de arquivamento médico e estatística (SAME), terminologia utilizada em muitas unidades de saúde até os dias atuais, foi implantado em 1897, no Hospital Geral de Massachusetts nos Estados Unidos. No Brasil, o primeiro serviço de atendimento médico e estatística foi implantado em 1943, no Hospital das Clínicas de São Paulo e posteriormente, tal serviço foi utilizado na Santa Casa de Santos, também em São Paulo, e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Em 1944, a professora e doutora Lourdes de Freitas Carvalho efetivou a utilização dos prontuários.

“Em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) obrigava as instituições conveniadas a ter prontuários organizados, para justificar o diagnóstico e o tratamento dos pacientes” (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 1999, p.37). Tal estratégia contribuiu para que os hospitais implementassem esse tipo de serviço de arquivamento de informações, que por sinal, é utilizado atualmente e é um serviço de extrema importância para todo o processo de atenção à saúde prestada ao usuário. No mesmo ano, foi fundada a Associação Brasileira de Arquivo Médico e Estatística (ABAME) que ajudou na capacitação de profissionais da área de registros, na realização de obras que apresentam toda a trajetória da introdução desse serviço no Brasil e na criação de normas, como o estabelecido pelo artigo 69 da resolução de número 1246/88, onde cada paciente deve ter o seu prontuário, expresso pelo Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal.

A estrutura organizacional das unidades de saúde apresenta, em geral, vários departamentos ou serviços subordinados à direção médica, administrativa ou de apoio assistencial. Entre esses serviços podemos citar o Serviço de Registros e Informações em Saúde, que vem gradativamente ganhando importância. Até bem pouco tempo era considerado, em muitas instituições, apenas um arquivo para o qual se designava qualquer área física, sem planejamento. Entretanto, a situação está mudando. As instituições vêm se conscientizando da importância de um serviço organizado de Registros e Informações em Saúde. Isto pode ser verificado no crescimento dos investimentos realizados para sua reestruturação física, normatização e treinamento de pessoal, visando a melhorar o desempenho da assistência à saúde. (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 1999, p.37-8).

O Prontuário do Paciente é o principal objeto de trabalho do Serviço de Registros e Informações em Saúde (SRIS), “é definido como o documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas com base em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada” (Resolução CFM nº1.638/2002, apud Vasconcellos, p.173, 2008), e de acordo com a ética e a moral profissional, e um documento de “caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a

comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo” (Resolução CFM nº1.638/2002, apud Vasconcellos, p.173, 2008). O Prontuário Médico também pode ser definido, como proposto pelo Ministério da Saúde, sendo o “documento constituído de formulários padronizados, destinado ao registro da assistência prestada ao cliente” e ainda como o definido pelo Código de Ética Médica, “é o conjunto de documentos produzidos no contexto da atividade hospitalar e deve ser, impreterivelmente, elaborado para cada paciente”.

Existem, atualmente, diversas leis, resoluções e considerações sobre a correta definição, implantação e utilização do Prontuário do paciente, entre as quais podemos citar:

- RESOLUÇÃO CFM Nº 1.246/88, Código de Ética Médica, Capítulo V – Relação com pacientes e familiares, artigo 69 – Deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente.
- RESOLUÇÃO CFM Nº 1605/00, artigo 1º - O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica.
- RESOLUÇÃO CFM Nº 1638/02 - Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde.
- RESOLUÇÃO CFM Nº 1.639/2002 - Aprova as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências.
- RESOLUÇÃO CFM Nº 1.821/07 - Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.
- RESOLUÇÃO CFM Nº 1931/09 - Aprova o Código de Ética Médica.

Fonte: As Resoluções acima foram pesquisadas no site do Conselho Federal de Medicina. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, c2010).

O usuário que necessita dos serviços de saúde tem o direito de ter seu atendimento registrado no prontuário e a Constituição Brasileira, garante a ele o acesso a suas informações, sendo responsabilidade do médico, da equipe de saúde e da instituição a correta guarda do prontuário, o sigilo profissional, garantindo a privacidade do indivíduo, entre outros direitos que os pacientes possuem, estando estabelecidos na legislação e no Código de Ética Médica.

Quando os registros nos prontuários são completos, legíveis e organizados geram diversos benefícios, como a agilidade da assistência prestada ao paciente, ajuda na integração e comunicação dos diversos setores da unidade de saúde, garante a continuidade da assistência prestada à saúde do usuário que necessita dos serviços da instituição, além de ser um forte aliado da gestão hospitalar.

Através de análises nos prontuários dos pacientes pode-se, segundo Dinnocenzo e Adami (2004), realizar, de forma indireta, avaliação dos cuidados prestados ao paciente, entretanto afirma também, que em 453 (quatrocentos e cinquenta e três) prontuários pesquisados, a “maioria das prescrições de enfermagem, estavam “parcialmente completas” por ausência de registros quanto à ação, condição, frequência, assinatura e/ou data”. Outras pesquisas apontam a baixa qualidade dos registros em saúde, Lotufo e Duarte apud Vasconcellos (2008), cita tratando da programação local em Mato Grosso, quando constataram elevada frequência de diagnósticos ilegíveis, incoerências de registros e ausência de diagnósticos.

A importância do registro em saúde teve seu início na prática clínica, na qual os profissionais de saúde identificaram a necessidade de recorrer à história clínica e evolutiva para acompanhamento dos doentes. Atualmente o registro é considerado critério de avaliação da qualidade da prestação de serviço de saúde, isto é, a qualidade dos registros efetuados é reflexo da qualidade da assistência prestada, sendo ponto chave para informar acerca do processo de trabalho. (VASCONCELLOS, 2008, p.173).

Para Mezzomo (1991, p.245) apud Pinheiro e Lobo (1999, p.98), o prontuário é “uma segurança para os médicos cultos e conscienciosos, uma ameaça constante para os audazes sem escrúpulos, os ignorantes incorrigíveis e ao mesmo tempo uma barreira intransponível contra as relações e os caprichos dos clientes descontentes”. O prontuário é um instrumento de grande valor, pois além de servir como base para o atendimento do usuário, é de fundamental importância para diversos setores e trabalhadores, que serão citados a seguir:

- Para o paciente, como já expresso anteriormente, o prontuário serve de base para um atendimento e tratamento mais eficaz, podendo ser mais ágil e econômico e também como instrumento de defesa contra danos físicos e morais sofridos por essa pessoa, possíveis prejuízos econômicos e como documento para reivindicações a favor de seus direitos enquanto usuário.
- Para o médico, o prontuário serve como o instrumento que contém toda a ficha clínica do paciente, para assim, tal profissional saber qual medida deverá ser tomada para a melhoria do estado clínico do paciente em questão, como meio de

comunicação entre os trabalhadores do setor saúde e como instrumento para sua defesa ética e profissional.

- Para a instituição de saúde, o prontuário serve de instrumento para se obter o controle, tanto dos pacientes atendidos, quanto dos profissionais envolvidos, para a redução de gastos com equipamentos e exames desnecessários e também como meio de defesa jurídica.
- Para o ensino, o prontuário serve de objeto de estudo, análise e compreensão sobre diversas enfermidades, processos operacionais, entre outros estudos, tendo em vista suas causas e conseqüências.
- Para a pesquisa, o prontuário serve de base para elaboração de dados estatísticos, gráficos e tabelas, numerando e quantificando distintas doenças, seus sintomas e possíveis procedimentos e tratamentos.
- Para a equipe de saúde, o prontuário serve para a comunicação entre todos os integrantes de tal grupo, garantindo assim, a continuidade da assistência prestada ao paciente.
- Para a gestão, o prontuário serve de instrumento de análise por parte do gestor, para que este possa tomar conhecimento da real situação da unidade de saúde e, assim, planejar a decisão que será tomada.

Os registros das informações no prontuário do paciente têm sido alvo de grande questionamento, pois as anotações realizadas pela equipe de saúde são, muitas vezes, inconsistentes e ilegíveis, como comprovado nas pesquisas citadas anteriormente. Este fato acarreta na perda de informações e prejudica não só a qualidade do atendimento, como também, interfere negativamente nos sistemas de informações que subsidiam a tomada de decisões no setor saúde.

“O uso do prontuário em papel apresenta diversas limitações, tanto práticas como lógicas, em relação a um prontuário informatizado” (SABBATINI, 1982; VAN GINNEKEN ; MOORMAN, 1997 apud GUBIANI; ROCHA; D’ORNELLAS, 2003). O prontuário de papel (ou físico) apresenta dificuldades como a ilegibilidade das informações, presença única, ambigüidade dos registros, acúmulo de pastas, perdas de folhas, pouca acessibilidade, degradação do objeto entre outros problemas, mas também apresenta pontos positivos, como a facilidade da utilização, não necessita conhecimento tecnológico e não há problemas com falta de luz ou com sistema fora do ar. É necessário o correto preenchimento dos dados propostos por parte dos profissionais envolvidos nesse processo de trabalho, sejam os

prontuários de papel ou eletrônico, a qualidade das informações deve ser concreta, independentemente do meio ao qual está registrada.

4 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

4.1 PROCESSO HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL

Conforme Ribeiro et al. (2010), a situação em que se encontrava a população brasileira no início do século XX, em termos de saúde, era muito precária. Eram poucas as pessoas que tinham acesso à saúde, sendo que essas pessoas possuíam um poder econômico um pouco mais elevado e conseguiam pagar um seguro social. Existiam raras políticas públicas de caráter coletivo e preventivo, indivíduos com algum tipo de deficiência não possuíam uma atenção suficiente, a assistência era feita através de doações por parte da própria população e não existiam instituições que visassem a reabilitação de pessoas.

Aos poucos, o sistema de seguro social foi expandindo para alguns tipos de organizações trabalhistas de caráter previdenciário, sendo criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), que davam direitos à saúde das pessoas que contribuía para tal organização. “Somente na década de 1930, com o crescimento da industrialização, instituiu-se um sistema de proteção social, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que ampliaram o papel das CAPs” (Ribeiro et. al., 2010, p. 44), ou seja, houve uma ampliação do direito à saúde, porém tal direito ainda estava vinculado ao capital, pois apenas quem contribuía podia usufruir de tal organização e através dessa contribuição dos trabalhadores que o governo pagava as instituições particulares para atenderem as necessidades dessas pessoas.

Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que assegurava mais direitos conquistados a assistência prestada à população. “Nesse período, a previdência social se firmou como principal órgão de financiamento dos serviços de saúde, com extensão da cobertura assistencial” (RIBEIRO et al., 2010, p. 44). Porém, novamente existiam pessoas sem direito à saúde, pois não possuíam contrato de trabalho, por meio do qual uma parte seria destinada a assistência médica, ou algum comprovante de contribuição. Na década de 1970, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), assim, tais ações “favoreceram a construção de uma política de saúde mais universal, com prioridade para a extensão da oferta de serviços básicos” (RIBEIRO et al., 2010, p.45).

O processo histórico da saúde teve como passo inicial a vinda da Família Real ao Brasil, em 1808, sendo criada uma estrutura sanitária mínima que pudesse atender as necessidades da Corte. Antes desse acontecimento, a atenção à saúde era feita principalmente por curandeiros e pela utilização de plantas medicinais.

Em 1904, durante o governo de Rodrigues Alves, acontece a Revolta da Vacina, liderada pelo médico sanitarista Oswaldo Cruz, já que a situação de saúde da população brasileira estava uma calamidade, contaminada por doenças como a peste bubônica e a febre amarela, executando-se novas medidas como a vacinação de pessoas, prevenção de determinadas doenças, retirada de indivíduos de lugares insalubres entre outras medidas coletivas que visavam a melhoria da qualidade de vida da prestada a população em geral. Outro trabalho também realizado por Oswaldo Cruz e de extrema importância para a saúde da população brasileira foi o estudo sobre a demografia da população.

Em 1920, Carlos Chagas cria o Departamento Nacional de Saúde Pública que tinha como objetivo organizar os serviços de saúde prestados aos usuários e no ano seguinte foi fundada a Escola Ana Néri, tendo a educação sanitária como principal estudo. Posteriormente, Evandro Chagas realiza estudos epidemiológicos e, seguindo os passos de seu pai, Carlos Chagas, torna-se um membro da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Barros Barreto contribuiu em muitos estudos, principalmente os relativos à condição sanitária da Amazônia, sendo então, diretor do Departamento Nacional de Saúde.

A reforma sanitária, liderada pelo então presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Sérgio Arouca, foi um movimento popular de extrema importância para se compreender a trajetória das políticas de saúde apresentadas até a implementação do SUS, tal reforma visava uma condição em que toda a população pudesse ter acesso à saúde, buscando a melhoria das condições de vida da população, consolidando-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986.

O volume cada vez maior de recursos exigido para a medicina curativa iniciou uma crise no sistema previdenciário e apontou para a necessidade de repensar a política de saúde. Com um cenário de crise política, institucional e econômica decorrente do regime militar e da composição de uma política de desenvolvimento que tinha como meta básica o desenvolvimento social (entendido como desenvolvimento de políticas públicas de saúde, saneamento e habitação), houve um fortalecimento do movimento sanitário, que buscava reverter a lógica da assistência à saúde no Brasil, pregando a saúde como direito de todo o cidadão, a integração das ações de saúde em um único sistema, a gestão administrativa descentralizada para estados e municípios e a participação e controle social das ações de saúde pelo Estado. (RIBEIRO, et. al. 2010, p. 45, grifo do autor).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e teve seus princípios estabelecidos em 1990, pela Lei Orgânica de Saúde, com base no artigo 198 dessa mesma Constituição, sendo uma nova formulação das políticas públicas de saúde, com algo realmente inusitado. O SUS surgiu como resposta à insatisfação da população em relação aos direitos de cidadania, acesso à saúde, entre outros motivos que excluía os direitos essenciais dos indivíduos, resultado de um processo de mobilização, tanto do povo

quanto de estudiosos, que pretendiam mudar a característica da assistência à saúde prestada pelos modelos anteriores.

O SUS rompeu definitivamente com o padrão político anterior e afirmou um compromisso de proteção social abrangente, justo e democrático, onde o Estado tem o dever de promover a atenção à saúde mediante políticas sociais e econômicas, que garantam o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Ocorreu, portanto, a descentralização do poder decisório do governo federal para os vários níveis de governo (União, estados e municípios), sendo as responsabilidades redistribuídas quanto às ações e aos serviços de saúde. (RIBEIRO, et al., 2010, p. 45, grifo do autor).

Tais princípios do SUS propostos pelo artigo 198 da Constituição Federal de 1988 são:

- **Universalidade:** define a saúde como direito fundamental à sobrevivência humana, sendo dever do Estado a prestação gratuita de assistência. A saúde é um direito de todos.
- **Equidade:** define que todos devem possuir mesma oportunidade de utilizar o sistema de saúde, tratando desigualmente os desiguais.
- **Integralidade:** garante a continuidade da atenção prestada à saúde do paciente em todos os níveis de assistência, sendo responsável pelas ações de promoção, proteção e recuperação dos usuários.
- **Descentralização:** define que o SUS deve existir nas três esferas políticas, nacional, estadual e municipal, cada uma dessas com um comando. Tal princípio visa garantir as necessidades específicas de cada região.
- **Resolutividade:** define a capacidade de que o SUS deve apresentar uma solução aos problemas do usuário do serviço de saúde de forma adequada, no local mais próximo fazendo com que suas necessidades possam ser atendidas conforme o nível de complexidade necessária.
- **Regionalização e Hierarquização:** define que “a regionalização é a aplicação do princípio da territorialidade, com foco na busca de uma lógica sistêmica, evitando a atomização dos sistemas locais de saúde” (BRASIL, 1990), por conseguinte, “a hierarquização é expressão desta lógica, buscando entre outros objetivos, a economia de escala” (BRASIL, 1990).
- **Participação popular:** define que a melhoria do atendimento prestado ao paciente será mais eficiente caso o próprio usuário possa participar do processo do sistema de saúde, através de críticas, sugestões entre outros meios que visam a melhoria da qualidade do SUS.

A partir dessa concepção surge também um novo conceito de saúde, proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, como a “situação de perfeito bem-estar físico, mental e social” (SEGRE; FERRAZ, 1997, P. 539) de todo e qualquer indivíduo, ou seja, não se trata mais o conceito de saúde apenas como a ausência de doença, existe um pensamento norteado por idéias que vêem as pessoas como seres dotados de sentimentos, que possuem diversos tipos de diferenças raciais, religiosas, culturais entre outras características que expressam a singularidade de cada ser, o quão diferente são as pessoas.

O movimento de reforma sanitária, a nova forma de ver a saúde com a definição da OMS e os cuidados primários à saúde definidos pela Declaração de Alma-Ata, (1978), propunham cada vez mais diretos em relação a atenção prestada à saúde dos usuários por parte dos serviços públicos. Conforme contido na Declaração de Alma-Ata, o conceito de saúde bastante amplo, permite a possibilidade de investimento e desenvolvimento em todos os setores da prestação de serviços de saúde, tendo grande importância o serviço da atenção primária, caracterizada como “o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde” (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, p.2), através da vigilância sanitária, de postos de saúde e excluindo-se uma visão hospitalocêntrica, a qual o usuário vai para o hospital quando está doente, pois o sistema de saúde não forneceu total atenção preventiva a esse paciente anteriormente, o que gera maiores custos públicos, já que a compra e utilização de equipamentos de alta complexidade são mais onerosas do que a realização de políticas preventivas, e acarretam problemas como a superlotação de pacientes, fazendo com que os hospitais fiquem muito cheios e ocasionem dificuldades na qualidade da atenção prestada ao paciente e perda da eficiência do processo de trabalho.

Portanto, a Constituição Federativa do Brasil de 1988 define “a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988), sendo que a prestação dos serviços de saúde deve ser garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que pode ser caracterizado, conforme a Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS”. (BRASIL, 1990).

4.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Para que o SUS e outros tipos de serviços possam ser prestados a população de forma correta, faz-se necessário a implantação de diferentes tipos de políticas públicas, que podem ser definidas como “diretrizes e princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado” (TEIXEIRA, c2002, p.2) através de ações preventivas subsidiadas pela União, visando o bem coletivo. Tais políticas passam por um processo de avaliação para que se perceba sua real finalidade e a melhoria proposta por esse documento, e assim, entrar em vigor.

De acordo com Teixeira (c2002), as políticas públicas visam favorecer as necessidades da sociedade, que expressa seus desejos através de mobilizações e outros meios de reivindicarem seus direitos e melhoria das condições de vida, porém tais necessidades são aprovadas por pessoas que estão no poder e não conhecem, verdadeiramente, tais questionamentos sociais. Por isso há necessidade de se existir um consenso entre o poder público e a sociedade para que tal política possa oferecer a melhor eficiência possível.

Como dito por Polignano ([2000]), “a evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los”, sendo que a formulação das políticas públicas estão, em muitos casos, de acordo com os interesses capitalistas, perdendo o foco do público alvo, aumentando a disputa de interesses pessoais e outros problemas que acarretam na menor eficácia da assistência prestada à população. Um grande déficit que se encontra no atual modelo de saúde foi causado por todo o processo histórico anterior, pois a saúde nunca foi tratada com a devida atenção por parte das autoridades, somente nos últimos anos que tal bem foi sendo melhor compreendido e valorizado, rompendo com o antigo conceito de saúde.

Em sua pesquisa, Polignano ([2000]), constatou que “a conquista dos direitos sociais (saúde e previdência) tem sido sempre uma resultante do poder de luta, de organização e de reivindicação dos trabalhadores brasileiros e, nunca uma dádiva do estado, como alguns governos querem fazer parecer”.

Podem-se citar como exemplos dos problemas causados pela falta de responsabilidade do poder público o desvio de verbas, o favorecimento pessoal ou institucional, a utilização indevida de verbas públicas entre outras deficiências que só agravam a problemática do setor saúde. É possível observar que, desde muito tempo atrás, o favorecimento pessoal ou a troca de interesses sempre esteve presente na implantação das políticas públicas,

Enquanto a sociedade brasileira esteve dominada por uma economia agroexportadora, assentada na monocultura cafeeira, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento destinado aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Por esta razão, desde o final do século passado até o início dos anos 60, predominou o modelo do sanitarismo campanhista. (MENDES, 1992, apud POLIGNANO, ([2000]),, p.6).

Silva (c2009), retrata que as políticas públicas foram se “caracterizando de forma subordinada aos interesses econômicos e políticos, sendo implementadas através de práticas assistencialistas e clientelistas, refletindo relações que não incorporam o reconhecimento dos direitos sociais”.

A falta de responsabilidade profissional gera uma contradição na própria concepção do que significa a expressão política em saúde, pois deveria ser uma alternativa que tivesse como finalidade a diminuição das desigualdades sociais existentes entre os diferentes indivíduos, fazendo com que exista uma nação mais justa e igualitária, porém não é isso que, verdadeiramente, ocorre, pois há briga e troca de interesses pessoais, favorecimentos institucionais e políticos entre outros problemas já citados e diversas ações antiéticas que aumentam, cada vez mais, o poder econômico por parte de poucas pessoas, a disparidade da diferença de qualidade de vida entre ricos e pobres entre outras atitudes que violam as necessidades básicas de cada ser humano presente na Declaração Universal dos Direitos Humanos, proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Atualmente, as políticas sociais brasileiras conservam em sua concretização o caráter fragmentário, setorial e emergencial, legitimando os governos que buscam apoio nas bases sociais para manter-se no poder, atendendo algumas das reivindicações da sociedade visando interesses contraditórios entre as classes sociais, assim, permitindo o acesso discriminatório a recursos e serviços sociais. Processo este que denota o caráter excedente das políticas sociais públicas que se concretizam de forma casuística, inoperante, fracionada e sem regras estáveis ou reconhecimentos de direitos. (SILVA, c2009).

4.3 POLÍTICA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE

Em 1976, foi implantado o Sistema de Informações em Saúde (SIS) no Brasil, com a finalidade de se ter uma instituição a nível nacional que pudesse gerir todas as informações da União.

De acordo com Pereira e Tauil [2006], anteriormente, as informações eram coletadas através de serviços verticais, onde os registros não possuem continuidade clínica cronológica, seja por meio de distintas instituições ou por diferentes casos de doenças. Tal método de coleta dos dados não era muito eficaz, pois a qualidade das informações contidas nesses

documentos era muito ruim, “resultados decepcionantes apareciam quando se cotejavam dados de diferentes bases. As inconsistências acarretavam baixas possibilidades de análise da situação.” (PEREIRA; TAUIL, [2006], p.3-4), prejudicando, e muito, a compreensão dessas informações. Tal falta de organização ocasionava diversos problemas, pois “havia numerosos dados, esparsos, não gerando conhecimento coerente e útil para subsidiar decisões” (PEREIRA; TAUIL, [2006], p.4), os dados eram raramente utilizados, pois não transmitiam confiança aos gestores e por isso, foram poucos os incorporados ao processo de tomada de decisão.

O acesso às informações ainda precisa ser ampliado, tanto na capacitação continuada dos gestores locais e dos profissionais de saúde para a realização das análises da situação de saúde no âmbito local como no apoio e fomento aos programas de inclusão digital e na elaboração de análises direcionadas a não especialistas. A perspectiva para o setor, no Brasil, é a continuação do processo de melhoria de suas bases de dados nacionais e de integração entre elas, para produzir análises da situação e facilitar a tomada de decisões. (PEREIRA; TAUIL, [2006], p.8).

Em 2004, foi implantada a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), que tem como propósito:

Promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços e, assim, contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população (BRASIL, 2004).

4.4 A IMPORTÂNCIA DAS INFORMAÇÕES PARA O SETOR SAÚDE

Qualquer tipo de informações registradas são instrumentos de grande valor para o setor saúde, para o Sistema Único de Saúde, pois esses dados contidos nos prontuários, nos registros clínicos, na ficha de avaliação institucional e em outros documentos, são a base de estudo e análise dos gestores, médicos, pesquisadores e demais trabalhadores em geral. É através da compreensão desses dados que tais profissionais tomarão conhecimento da devida atitude que deverá ser realizada para se sanar o problema em questão ou alcançar o plano traçado.

Registros de Saúde é um ramo do conhecimento técnico, transversal a todas as profissões da área da saúde, está relacionada, também, ao profissional que recebe, registra, manipula, digita, armazena, arquiva e processa os dados e as informações geradas nos serviços das unidades de saúde.

Enquanto Serviço, “é o setor da unidade de saúde responsável pelo armazenamento adequado e seguro dos prontuários dos pacientes, pela produção e recuperação da informação, pela análise e elaboração de relatórios estatísticos” (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 1999, p.38) demonstrando a qualidade e a quantidade dos serviços prestados aos usuários pela instituição de saúde. Esse setor possui fundamental importância, pois é responsável pela identificação do paciente, organização dos prontuários e agilidade do processo médico, além de contribuir para a realização de pesquisas e censos.

Os dados registrados serão estudados e analisados pelos profissionais de saúde, para assim, gerar o conhecimento necessário para a política, tratamento ou outra finalidade que será executada. Como dito por Benito e Licheski (2009, p.449), “concretamente, o conhecimento é o instrumento mais poderoso do trabalhador, seja para sua liberdade, ou para a execução de atividades e técnicas, com a finalidade de obter o produto final, que na saúde trata-se da própria prestação da assistência”. Para que esse processo ocorra de modo correto e eficaz, é necessário que haja uma padronização desses dados, ou seja, que sigam um modelo único proposto pela instituição, com o objetivo de garantir melhor compreensão e organização desses registros.

Essas informações podem ser utilizadas em diversos processos de trabalho, por parte dos trabalhadores de saúde, mas também deve ser acessível aos usuários. Na atualidade, os profissionais de saúde já possuem noção da fundamental importância dos Sistemas de Informações e percebem que é praticamente impossível existir uma boa instituição sem que possua um serviço de coleta, análise, distribuição e divulgação dos dados registrados.

Observa-se, atualmente, que tem crescido a divulgação de informações e dados envolvendo doenças, pesquisas, diagnósticos, entre outros, pelos meios de comunicação, o que já caracteriza um grande avanço na disseminação da informação em saúde. O grande desafio para o setor é o de tornar essa informação acessível aos usuários do SUS de maneira universal. Ou seja, não basta divulgar os dados pura e simplesmente, é necessário apresentar a informação numa linguagem adequada, de forma a permitir que qualquer sujeito possa se apropriar do conhecimento. (SILVA; CRUZ; MELO, 2007, p. 685).

Para subsidiar o Sistema Único de Saúde (SUS), em relação às informações sobre a população brasileira, foram criados sistemas que coletam, analisam e processam as informações que posteriormente serão reunidas, “os dados são gerados no nível local e repassados, no sentido ascendente, às demais esferas de governo” (BARCELLOS, 2008, p. 60), e melhor compreendidas sobre a relação saúde-doença, e outras características da população para que possam ser tomadas as devidas decisões na saúde pública, exemplos desses sistemas de coleta de informações são: Sistema de Informações sobre Mortalidade

(SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a Fundação nacional de Saúde (FUNASA), responsável por promover a inclusão social de determinados indivíduos por meio de ações de saneamento, entre outros serviços. Visando uma melhor acessibilidade dos dados coletados, “foi criada em 1996, a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), que teve como uma das primeiras finalidades tornar disponíveis todas as bases de dados importantes para o setor” (JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2007, p.644), no caso em questão, o setor saúde.

Tendo em vista as facilidades no campo da informática, o aumento de sua abrangência e a possibilidade de seu aprimoramento tornam-se mais factíveis. Entretanto, é preciso motivar os gestores municipais nessa questão e sensibilizá-los e orientá-los quanto ao uso dos dados de mortalidade e de nascidos vivos na construção de indicadores apropriados, capazes de fornecer subsídios para análise adequada da situação de saúde, no nível local. Nesse aspecto, considera-se que a RIPSA tenha um papel absolutamente fundamental. (JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2007, p.653).

De acordo com o dicionário Aurélio, registro significa “ato ou efeito de registrar; livro especial onde se registram ocorrências públicas ou particulares”(FERREIRA, 2008, p.421) e informação significa “ato ou efeito de informar (-se); espécie de investigação a que se procede para verificar um fato”(FERREIRA, 2008, p. 291). Através dessas definições já se pode obter uma idéia do que seja o Serviço de Registros e Informações em Saúde. Esse serviço é de fundamental importância, uma vez que tal informação sobre os usuários tem como objetivo a melhoria do processo de trabalho, a democratização do Sistema de Saúde e o aprimoramento de sua gestão.

O Serviço de Registros e Informações em Saúde (SRIS) das Unidades de Saúde passa a ser estratégico para o SUS necessitando assim, de organização e incorporação de novas tecnologias, acarretando em uma maior agilidade do atendimento e dos serviços prestados aos usuários e uma maior segurança dos dados pessoais e como expressado pelas leis do Ministério da Saúde e, por conseguinte na visão do DATASUS, órgão que tem por função “avaliar as ações de informatização do SUS, direcionadas para a manutenção e desenvolvimento do sistema de informações em saúde e dos sistemas internos de gestão do Ministério” (BRASIL, 2009).

a informatização das atividades do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro de diretrizes tecnológicas adequadas, é essencial para a descentralização das atividades

de saúde e viabilização do Controle Social sobre a utilização dos recursos disponíveis. Uma análise da situação dos Sistemas de Informação de Saúde no Brasil, hoje, indica que, apesar de um relativo sucesso em coletar, organizar e divulgar as informações de saúde no Brasil, sucesso reconhecido até internacionalmente, existe uma grande necessidade em avançar, tanto no caminho da integração entre os sistemas de informação, quanto no uso da informática para a melhoria da produtividade e qualidade dos processos de trabalho em saúde, da gestão e do controle social. (BRASIL, 2009).

Como dito anteriormente, o registro em saúde é de fundamental importância para o atual sistema de saúde, mas também para o governo, pois são todos os tipos de informações, desde que sejam concretas e confiáveis, que sustentam e direcionam a tomada de decisão que será concluída para determinada política pública tendo como objetivo a resolução dos problemas existentes. “A identificação dos determinantes do processo saúde-doença, das desigualdades em saúde e do impacto de ações e programas para reduzir a carga de doença na população só é possível a partir de boas informações” (SOUZA, 2008, p. 5).

A informação em saúde vem sendo incentivada principalmente pela utilização de novas técnicas de estruturação dos registros contidos nos prontuários, como a pactuação dos indicadores de saúde e novas tecnologias, como a informatização dos dados e do serviço. Porém, ainda existem dificuldades a serem sanadas como a falta de organização da instituição e pouca presença de profissionais qualificados que possuam a capacidade de interpretar essas informações.

Uma prova da importância dessa informação se reflete no conhecimento da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira como cita Souza (2008), descrevendo que o atual perfil de morbidade e mortalidade do Brasil não está mais sendo expresso por altos índices de doenças transmissíveis como antigamente, porém há um aumento das doenças crônicas. “Mudanças no modo de vida produziram um novo padrão de doenças que impõe a necessidade de entender esse processo, para, efetivamente, promover a saúde, prevenir a doença e a morte precoce” (SOUZA, 2008, p. 5).

5 CONCLUSÃO

O modelo do Sistema de Saúde encontrado atualmente foi se concretizando ao longo dos últimos anos, através de diversas reivindicações dos direitos dos cidadãos, da reforma sanitária, da aprovação de leis pelo poder público, de instituições que asseguravam o acesso à saúde, até se chegar às atuais definições sobre o conceito de saúde, prestação de serviços da atenção básica aos pacientes, os princípios propostos para o Sistema Único de Saúde, entre outros direitos dos usuários.

Para que todo o Sistema Único de Saúde possa atingir um bom nível de qualidade da assistência prestada à saúde do usuário é necessário que haja uma correta gestão das instituições de saúde, administrando os gastos dessas unidades com equipamentos e profissionais, as informações contidas nos prontuários dos pacientes, a organização dos diversos tipos de serviços prestados entre outras finalidades pelas quais a Gestão em Serviços de Saúde se faz elemento fundamental do processo de trabalho de determinada instituição pública de saúde.

O prontuário do paciente se faz um instrumento de extrema importância em todo esse processo, desde a atenção prestada ao usuário, já que nesse documento estão contidos todos os dados clínicos relacionados à saúde dessa pessoa, até a administração da unidade de saúde, pois nele estão contidos os registros necessários para a correta gestão da unidade de saúde, destacando-se assim como um elemento de fundamental importância para diversas pessoas e setores da unidade de saúde.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, Christovam. Georreferenciamento de dados de saúde na escala submunicipal: algumas experiências no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.17, n.1, jan./mar. 2008. Disponível em: < http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742008000100006&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 10 dez. 2010.

BAZZOTTI, Cristiane; GARCIA, Elias. **A importância do sistema de informação gerencial para tomada de decisões**. Disponível em: <<http://www.unioeste.br/campi/cascavel/ccsa/VISeminario/Artigos%20apresentados%20em%20Comunica%C3%A7%C3%B5es/ART%203%20-%20A%20import%C3%A2ncia%20do%20sistema%20de%20informa%C3%A7%C3%A3o%20gerencial%20para%20tomada%20de%20decis%C3%B5es.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

BENITO, Gladys Amélia Véles; LICHESKI, Ana Paula. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem: REBEn**, Brasília, v.62, n.3, p. 447-50. maio. /jun.2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/18.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

BISPO JÚNIOR, José P.; GESTEIRA, Ivana A. Lins. **A ciência da informação e o controle social na área de saúde**. Disponível em: < http://www.cinform.ufba.br/v_anais/artigos/josebispojunior.html>. Acesso em: 10 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Decreto nº 6.860, de 27 de maio de 2009, que trata da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde**. Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>>. Acesso em: 12 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informação e Informática do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: proposta Versão 2.0: Inclui deliberações da 12 Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 29 de março de 2004. Disponível em: < http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/APRESENTACAO/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 12 dez. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 dez. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.246/88**, Código de Ética Médica. O presente Código entra em vigor na data de sua publicação e revoga o Código de Ética Médica (DOU, 11-01-65) o Código Brasileiro de Deontologia Médica (Resolução CFM nº 1.154, de 13-04-84) e demais disposições em contrário. (D.O.U.; Poder Executivo, 26 jan.

1988, p. 1574-7, Seção 1). (Revogada pela Resolução CFM nº 1.931/2009). Brasília: Portal do Médico, c2010. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1988/1246_1988.htm>. Acesso em: 15 dez. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.605/00**, o médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica. Revoga-se a Resolução CFM nº 999/80. (D.O.U.; Poder Executivo, n. 189, 29 set. 2000. Seção 1, p. 30). (D.O.U.; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 22, 31 jan. 2002. Seção 1, p. 103). Brasília: Portal do Médico, c2010. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2000/1605_2000.htm>. Acesso em: 15 dez. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.638/02**, define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. (Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília, DF, n. 153, 9 ago. 2002. Seção 1, p. 184-5). Brasília: Portal do Médico, c2010. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1638_2002.htm>. Acesso em: 15 dez. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.639/02**, aprova as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências. Revoga-se a Resolução CFM nº 1.331/89. (Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 154, 12 ago. 2002. Seção 1, p. 124-5). Retificação: (Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 164, 26 ago. 2002. Seção 1, p. 204). Revogada pela Resolução CFM n. 1821/2007. Brasília: Portal do Médico, c2010. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1639_2002.htm>. Acesso em: 15 dez. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1821/07**, aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Brasília: Portal do Médico, c2010. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2007/1821_2007.htm>. Acesso em: 15 dez. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1931/09**, aprova o Código de Ética Médica. Brasília: Portal do Médico, c2010. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.htm>. Acesso em: 15 dez. 2010.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 6-12 de setembro 1978, URSS. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2010. DÍNNOCENZO, Maria; ADAMI, Nilce Piva. Análise da Qualidade dos Registros de Enfermagem nos Prontuários de Pacientes de Hospitais de ensino e Universitários. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n.4, p. 383-91, out./dez. 2004. Disponível em: <http://www.unifesp.br/denf/acta/2004/17_4/pdf/art3.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2010.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Textos de apoio em registros de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. v. 1. 244 p. (Trabalho e formação em saúde).

ESCRIVÃO JUNIOR, A. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 3, maio./jun. 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n3/15.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

GOMES, Denise da Silva; PINTO, Eduardo Costa. Prontuário do Paciente: Informações para a Gestão em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil ; DANTAS, André Vianna (Org.). **Iniciação científica na educação profissional em saúde: articulando trabalho, ciência e cultura**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2008. v.4. 230 p.

GUBIANI, Juçara Salete; ROCHA, Rafael Port da; D'ORNELLAS, Marcos Cordeiro. Interoperabilidade Semântica do Prontuário Eletrônico do Paciente. In: SIMPÓSIO DE INFORMÁTICA, 2, 2003, Santa Maria, RS. **Anais...** Santa Maria, RS: SIRC, 2003.

GUIMARÃES, Eliane Marina Palhares; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ciência da Informação**, Brasília, v.33, n.1, p.72-80, jan./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ci/v33n1/v33n1a09.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2010

JORGE, Maria Helena Prado de Mello; LAURENTI, Ruy; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 3, maio/jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n3/14.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2010.

MONTANA, Patrick J. **Administração**. São Paulo: Saraiva, 1998. 200 p.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2006; v. 40, n. esp., p.73-8. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30625.pdf>.. Acesso em: 12 dez. 2010.

PEDUZZI, Marina, et. al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 221-42, Rio de Janeiro 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7110.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2010.

PEREIRA, Maurício Gomes; TAUILL, Pedro Luis. **Introdução: Sistemas de Informação em Saúde no Brasil**. [2006]. Disponível em:<http://new.paho.org/hss/documents/his/bra_por_01_sis.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2010.

PINHEIRO, Rogério; LOBO, Allan Jacqueson Barbosa. **A Importância do Prontuário do Paciente**. Disponível em: <<http://www.univen.edu.br/revista/n007/A%20IMPORT%20NCIA%20DO%20PRONTU%20RIO%20DO%20PACIENTE.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2010

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão.** ([2000]). Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2010.

RIBEIRO, Carla Trevisan Martins, et. al.. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 28, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://journal.paho.org/uploads/1284351456.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

SCHOUT, Denise; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh . Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 935-944, jul./ago.,2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n4/12.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2010.

SCOCHI, Maria José. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, (Estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 356-67, jul./set., 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n3/v10n3a15.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n. 5, p.538-42, out.1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

SILVA, Alessandra Ximenes da; CRUZ, Eliane Aparecida, MELO, Verbena. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, maio./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n3/18.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

SILVA, Raimundo Paulino da. **Políticas públicas de saúde.**c2009. Disponível em: <<http://www.logistica.hightec.com.br/arquivos/forma%C3%A7%C3%A3o%20geral/trabalho%20politica%20publica/P%20P%C3%BAblicas%20de%20Sa%C3%BAde%20aginaldo.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2010.

SOUZA, Maria de Fátima Marinho de. Dos dados a política: a importância da informação em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.17, n.1, mar. 2008. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v17n1/v17n1a01.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2010

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O Papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade.** c2002. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2010.

VASCONCELLOS, M.M. et al. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica. Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24, Supl. 1 S 173 – S182, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/21.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

WIKIPÉDIA. **Administração.** Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Administra%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em: 12 dez. 2010.