



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

PRONTUÁRIO DO PACIENTE:
INFORMAÇÕES PARA A GESTÃO EM SAÚDE.

por

Eduardo Costa Pinto

Monografia de conclusão do Curso Técnico de
Gestão nos Serviços de Saúde da Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ FIOCRUZ.
Orientadora: Denise da Silva Gomes.

Rio de Janeiro – 2005

Aos professores e companheiros desta
escola pela oportunidade;
A Ana Lúcia pelo exemplo de gestora em
saúde durante esses anos;
A Denise pela orientação neste trabalho;
Ao Gregório pela colaboração;
E a todos aqueles que contribuíram direta
ou indiretamente para a realização dessa
monografia.

RESUMO

Esta monografia procurou entender a contribuição do prontuário do paciente como centro das informações em saúde, verificando sua importância no contexto do sistema brasileiro de saúde.

Os aspectos históricos da construção do Sistema Único de Saúde, alguns de seus princípios e a gestão desse sistema foram observados. As teorias administrativas e novos rumos na gestão em saúde foram abordados, assim como as informações em saúde, os principais Sistemas de Informação em Saúde e a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde.

O foco do trabalho foi o prontuário do paciente, onde se buscou a compreensão do seu significado, sua importância, alguns aspectos legais e a qualidade dos registros que são realizados nesse documento, envolvendo, ainda, novas perspectivas no registro desses dados.

Foi possível constatar que a qualidade com que os registros são feitos no prontuário do paciente influi na gestão em saúde, uma vez que tais registros geram informações que podem ser utilizadas para a tomada de decisão em uma unidade de saúde.

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

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	06
CAPÍTULO 1 – SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	
1.1. A política exclusivista de saúde	09
1.2. Anos 70: mudanças no setor saúde	10
1.3. Insatisfação da sociedade e Movimento Sanitário	11
1.4. A busca por um sistema de saúde unificado	12
1.5. O controle social no Sistema Único de Saúde	14
1.6. A descentralização no Sistema Único de Saúde	16
CAPÍTULO 2 – GESTÃO EM SAÚDE	
2.1. A gestão no Sistema Único de Saúde	18
2.2. A divergência nos termos	19
2.3. Gestão: um enfoque teórico	20
2.4. As teorias administrativas na saúde	26
2.5. Novos rumos na gestão em saúde	27
2.6. Gestão Colegiada centrada em equipes de saúde	28
CAPÍTULO 3 – INFORMAÇÕES EM SAÚDE	
3.1. Informações na gestão do SUS	32
3.2. Informação e Sistema de Informações em Saúde: análise conceitual	33
3.3. Sistemas de Informação em Saúde	35
3.4. SIS na redução de desigualdades sanitárias	37

3.5. A construção de uma política nacional de informação em saúde_____	38
3.6. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde_____	40
3.7. Departamento de Informação e Informática do SUS_____	43
3.8. Fragmentação dos sistemas e Cartão Nacional de Saúde_____	44

CAPÍTULO 4 – PRONTUÁRIO DO PACIENTE

4.1. Prontuário do Paciente: centro das informações em saúde_____	49
4.2. O Prontuário do Paciente_____	50
4.3. Registros em Saúde: precursores do prontuário do paciente_____	51
4.4. O prontuário do paciente em uma organização de saúde_____	54
4.5. Serviço de Registro das Informações em Saúde_____	56
4.6. Revisão de Prontuários_____	57
4.7. Atribuições dos profissionais que registram no prontuário do paciente_____	58
4.8. Qualidade dos registros_____	60
4.9. Novas perspectivas no registro dos dados do paciente_____	62

CONCLUSÃO_____	65
----------------	----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS_____	67
---------------------------------	----

ANEXOS

I – Resolução do CFM nº 1.638/2002_____	72
II – Resolução do CFM nº 1.639/2002_____	76

INTRODUÇÃO

Desde a década de 70, um modelo de saúde que atenda a todos os cidadãos é idealizado. Várias propostas, movimentos, tentativas foram realizadas buscando-se a concretização desse sonho. Hoje, esse ideal, parece não estar tão distante da realidade, mas novos desafios são encontrados.

A articulação de um sistema visando o atendimento à saúde de todos os brasileiros supõe a existência ou o desenvolvimento de fatores de diferentes naturezas, tais como: organizacionais, administrativos, políticos, econômicos, sociais, entre outros. Tais fatores ou aspectos precisam estar interligados e estruturados de forma a garantir um desempenho eficaz e eficiente de determinada organização.

Uma organização pode ser entendida como qualquer empreendimento estruturado e constituído para um determinado fim, não importando o seu ramo de atividade, a sua constituição legal ou sua finalidade. Toda organização deve ter uma estrutura definida e seguir uma metodologia administrativa que a mantenha na direção de seus objetivos. Dessa forma, não há como imaginar qualquer organização como algo sem forma, sem regras ou sem uma preocupação estruturalizante (ULMANN, 1997).

Nesse sentido, a gestão desempenha um papel de notória importância em qualquer organização ou instituição, seja ela pública ou privada. Diversas são as teorias que fundamentam a administração, onde cada uma enfatiza um aspecto diferente de gestão, umas focalizam a divisão do trabalho, a especialização, os prêmios de produção, outras mais voltadas para o processo de trabalho em si e valorização da burocracia e outras, ainda, preocupadas com o comportamento do

trabalhador, sua motivação e relação com os demais e com o ambiente em que está inserido.

Os conhecimentos da gestão contemporânea foram adaptados à realidade da saúde brasileira e, com isso, as unidades de saúde passaram a ser organizadas de forma mais técnica, e os gestores, a maioria profissionais da área de saúde, defrontaram a necessidade de um saber teórico-prático de gestão em saúde.

A criação do Sistema Único de Saúde representa uma conquista no setor saúde, pois une princípios, diretrizes e métodos de gerir que simbolizam o resultado da luta de diversos profissionais e trabalhadores durante algumas décadas. O SUS propõe uma nova forma de gerir, baseada em princípios como a descentralização, hierarquização e direção única, visando o atendimento integral de todos os cidadãos.

A informação desempenha um papel importante na gestão do SUS, pois oferece subsídios à tomada de decisão, uma vez que permite a disponibilização de dados sobre a população em diferentes unidades de saúde, que podem ser analisados e processados, e contribuir para a organização e operação dos serviços de saúde. Sabendo-se que a informação é instrumento para a construção e condução do Sistema de Saúde, o prontuário do paciente passa a ser elemento fundamental neste contexto, pois é a principal fonte de dados do sistema de informações em saúde, exigindo cada vez mais confiabilidade e qualidade nos registros nele encontrados.

O sistema de registro das informações no prontuário do paciente tem sido alvo de grande questionamento, pois as anotações realizadas pela equipe médica e pela enfermagem são, muitas vezes, inconsistentes e ilegíveis. Este fato acarreta a perda de informações e prejudica a qualidade do atendimento, uma vez que as

informações contidas no prontuário permitem analisar o histórico da saúde do paciente e direcionar o seu tratamento.

Diante do quadro descrito, o estudo procurou analisar de que forma as informações registradas no prontuário do paciente podem contribuir para a gestão e conseqüente tomada de decisão de uma unidade de saúde.

A motivação para a realização da monografia com o tema exposto surgiu a partir do levantamento da situação organizacional do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria vinculado a Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, realizado em 2004, como exigência de conclusão da disciplina Informação em Saúde II do Curso de Gestão nos Serviços de Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ. Nesta oportunidade foi feita uma análise de prontuários onde foi possível constatar problemas, considerados, muitas das vezes, comuns em um sistema de registro de informações, como ilegibilidade e ausência de dados.

O presente estudo buscou o conhecimento da história conceitual de três eixos básicos: Sistema de Saúde Brasileiro, Gestão em Saúde e Informações em Saúde, e representa uma análise teórica acerca do prontuário do paciente como elemento de registro de dados e comunicação entre profissionais de uma unidade de saúde, inserido no contexto de um sistema de informações em saúde.

CAPÍTULO 1

SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

1.1. A política exclusivista de saúde:

No final dos anos 60, o direito e acesso à saúde assumiram um importante significado no contexto nacional brasileiro. A insatisfação da população com os serviços de assistência à saúde prestada era crescente. A unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), criados por Vargas (1930-1945), os quais prestavam assistência a trabalhadores agrupados por categorias profissionais, e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, foram medidas adotadas visando uma uniformização dos serviços de saúde prestados à população.

No entanto, não eram todos os trabalhadores que tinham acesso à saúde, pois a assistência ainda estava vinculada às categorias profissionais organizadas em IAPs e vinculada ao INPS, excluindo todos aqueles que não compunham o sistema produtivo e não possuíam vínculo contributivo formal de trabalhador ao Estado.

A política de saúde estava subordinada à organização do INPS, mantendo a estrutura de funcionamento anteriormente proposta pelos IAPs e oferecendo serviços apenas àqueles que comprovavam o vínculo com o INPS, sendo necessária à apresentação das carteiras de contribuição quando se procurava um hospital ou qualquer outro tipo de assistência, a fim de confirmar sua inclusão no sistema.

1.2. Anos 70: mudanças no setor saúde.

No início da década de 70, a política proposta pelo INPS levou à inclusão de novas categorias profissionais no sistema, o que aumentou a demanda por serviços e os gastos no setor, no entanto muitas pessoas ainda não tinham o direito à atenção à saúde.

As pressões por reformas políticas de saúde possibilitaram mudanças como, por exemplo:

“A criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1974, que distribuiu recursos de programas sociais;
A formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), em 1974, que organizou as ações a serem implementadas pelos diversos ministérios da área social;
A instituição do Plano de Pronta Ação (PPA), em 1974, que consistiu em uma medida para viabilização da expansão da cobertura em saúde e desenhou uma clara tendência para o projeto de universalização da saúde;
A formação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, primeiro modelo político de saúde de âmbito nacional que desenvolveu ineditamente um conjunto integrado de ações nos três níveis de governo;
A promoção do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, que estendeu serviços de atenção básica à saúde no Nordeste do país e se configurou como a primeira medida de universalização do acesso à saúde;
A constituição do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), em 1977, com mecanismos de articulação entre saúde, previdência e assistência no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passou a ser o órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social” (EPSJV/FIOCRUZ, 2005: 24-25).

O Sistema Nacional de Saúde, constituído em 1975, por meio da lei 6.229, merece especial destaque, pois representou uma primeira articulação mais consistente do Estado, no setor saúde, na tentativa de uma política nacional específica, assim como a organização do INAMPS, no contexto do Ministério da

Previdência Social, em 1977, uma reordenação da política de saúde numa tendência de expansão da cobertura assistencial nacional.

1.3. Insatisfação da sociedade e Movimento Sanitário:

A sociedade começou a se mobilizar para exigir liberdades democráticas no setor saúde. Profissionais da área, acadêmicos, partidos políticos, lideranças sindicais e populares iniciaram um processo de questionamento sobre o Sistema Nacional de Saúde. Em 1978, por exemplo, foi fundado o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), uma organização não-governamental, que formulava alternativas à política de saúde, apontando para a necessidade de democratização do setor.

Em 1979, é apresentada a proposta de um sistema único de saúde no I Simpósio Nacional de Política de Saúde promovido pela Câmara dos Deputados, onde se aprova um documento sobre “A Questão Democrática na Saúde”, que orientou o Movimento Sanitário, envolvendo profissionais da área de saúde sindicalistas de várias categorias, parlamentares, movimentos comunitários e associativos.

O movimento sanitário buscava reverter à lógica da assistência à saúde no Brasil e possuía quatro proposições em debate:

- “1- A saúde é um direito de todo cidadão, independente de contribuição ou qualquer outro critério de discriminação;
- 2- As ações de saúde devem estar integradas em um único sistema, garantindo o acesso de toda população a todos os serviços de saúde, seja de cunho preventivo ou curativo;
- 3- A gestão administrativa e financeira das ações de saúde deve ser descentralizada para estados e municípios;
- 4- O estado deve promover a participação e o controle social das ações de saúde” (EPSJV/FIOCRUZ, 2005: 23-24).

A luta por liberdades democráticas era crescente e, com a vitória da oposição, em 1982, na conquista de governos estaduais e municipais, a tese de municipalização começa a ganhar corpo. A legitimidade dos governos eleitos fez com que fossem firmados convênios das Ações Integradas de Saúde (AIS), como estratégia federal para o reordenamento da política de saúde no país, visando uma uniformização dos serviços prestados. Esta estratégia funcionou, pois, ao final de 1984, todos os estados brasileiro participavam das AIS.

Refletindo o avanço dos movimentos sociais por liberdades democráticas, a VIII Conferência de Saúde, ocorre em 1986, aberta à participação da sociedade civil, reunindo cerca de quatro mil delegados eleitos em todos os estados. Foram feitas discussões sobre temas como financiamento, organização dos serviços, participação popular e recursos humanos. Nessa conferência, é resgatado o entendimento de saúde como resultado das condições econômicas, sociais e políticas do país e o dever do Estado em proteger, promover e recuperar a saúde de todos os brasileiros, consagrando os princípios organizados pelo Movimento da Reforma Sanitária.

1.4. A busca por um sistema de saúde unificado:

Em 1987, é criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), representando a desconcentração das atividades do INAMPS, adaptando-o às funções de planejamento, orçamentação e acompanhamento das Secretarias Estaduais de Saúde. Seu objetivo era a integração das instituições, dando continuidade e aprimorando as atividades das AIS, acrescidas de descentralização, pois os hospitais e unidades de saúde tiveram suas ações de saúde e respectivas

administração estadualizadas, e universalização do atendimento, com eliminação da segregadora “carteirinha do INAMPS”.

As propostas retiradas da VIII Conferência de Saúde são incluídas na Constituição Federal promulgada em 1988, de onde se destacam os seguintes artigos:

“Artigo 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Artigo 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade” (BRASIL, MS, 1988).

Em 1990, são aprovadas as leis 8.080 e 8.142, que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde, tornando obrigatório o atendimento a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto. O SUS tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades do cidadão, independente de seu poder aquisitivo, segundo o preconizado pelo Capítulo II da lei 8.080/90:

“Artigo 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema único de Saúde são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços

preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV – igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII – participação da comunidade;

IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X – integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI – conjugação dos recursos financeiros tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos” (BRASIL, 1990a).

1.5. O controle social no Sistema Único de Saúde:

O SUS é destinado a todos os cidadãos, sendo financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e se propõe a promover a saúde, priorizando ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde.

Os centros e postos de saúde, incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros, fazem parte do SUS, além de fundações e institutos de pesquisa, através dos quais os cidadãos têm direito à consultas, exames, internações e

tratamento, sejam públicos da esfera municipal, estadual e federal, ou privados, contratados pelo gestor público de saúde.

A lei 8.142/90 estabelece duas formas de participação da população na gestão do SUS, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, onde a comunidade, através de seus representantes, pode opinar, definir, acompanhar a execução e fiscalizar ações de saúde nas três esferas de governo. Tais instâncias colegiadas encontram-se descritas em seu 1º artigo:

“Artigo 1º. O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a lei 8.080, de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I – a Conferência de Saúde;

II – o Conselho de saúde.

§1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho” (BRASIL, 1990b).

A Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde garantem o controle social no sistema de saúde, permitindo uma ampla participação da sociedade no planejamento, decisão, execução e avaliação do SUS. Estas instâncias representam

um avanço da sociedade na busca de políticas públicas democráticas, onde há espaço para a participação popular e manifestação dos seus interesses, criando um ambiente de negociação entre os usuários e os administradores e simbolizando uma conquista de cidadania.

1.6. A descentralização no Sistema Único de Saúde:

A descentralização tem sido um dos grandes consensos no âmbito das políticas públicas, inclusive entre os diferentes movimentos de reforma do Estado e administração pública, já que tem sido difundida tanto pelos movimentos mais conservadores quanto pelos mais progressistas (JUNQUEIRA, 1997, citado por EPSJV/FIOCRUZ, 2005).

A descentralização visa induzir o crescimento do papel dos governos locais na provisão da atenção à saúde, com conseqüente retração das atividades assistenciais da União e dos estados através da prestação direta de serviços (EPSJV/FIOCRUZ, 2005).

“A política de descentralização na área de saúde foi conduzida de modo centralizado pelo Ministério da Saúde, por meio da formulação e implementação de instrumentos reguladores locais denominados Normas Operacionais do SUS. [...] Estas normas tratam dos aspectos de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo, das relações entre gestores e dos critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios” (EPSJV/FIOCRUZ, 2005: 52).

Normas Operacionais Básicas (NOB) foram editadas em 1991, 1992, 1993 e 1996, e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) em 2001 e 2002, representando atos normativos e administrativos com relações e implicações na implantação da política de saúde de descentralização.

Destaca-se a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), que resultou das experiências do processo de implantação dos SUS e dos debates da Comissão

Intergestores Tripartite, criada pela Norma Operacional Básica 1993, sendo aprovada no Conselho Nacional de Saúde, criado pela lei 8142/90, e publicada em novembro de 1996.

“Na perspectiva de consolidar o modelo de gestão descentralizada e pactuada, ampliar a autonomia municipal, reforçar o papel das comissões Intergestores e induzir em âmbito nacional mudanças no modelo de atenção, a mesma (NOB/96) visava incrementar a descentralização dos recursos federais para as esferas subnacionais de governo” (EPSJV, 2005: 54).

CAPÍTULO 2

GESTÃO EM SAÚDE

2.1. A gestão no Sistema Único de Saúde:

O Sistema Único de Saúde simboliza um avanço no setor saúde, pois permite o atendimento integral a todos os cidadãos brasileiros, em uma rede hierarquizada e regionalizada, com direção única, controlada pela sociedade e estruturada em uma base sólida de organização, direção e gestão, garantida pela constituição federal, pelas leis 8.080/90 e 8.142/90 e pelas normas operacionais.

A gestão exerce evidente papel nos serviços de saúde. Gerenciar uma unidade de saúde dentro da atual proposta é uma tarefa complexa que envolve a articulação de diversos setores e fatores antes da tomada de qualquer decisão. A tomada de decisão é considerada a função que caracteriza o desempenho da gestão, que deve ser fruto de um processo sistematizado, que envolve o estudo de um determinado problema a partir de um levantamento de dados, produção de informação, estabelecimento de propostas de soluções, escolha da decisão, viabilização, implementação da decisão e análise dos resultados obtidos (GUIMARÃES & ÉVORA, 1994).

Num contexto organizacional, a tomada de decisão formal é estruturada por regras e procedimentos que especificam papéis, métodos e normas que, por sua vez, estabelecem valores que influenciam como a organização enfrenta a escolha e a incerteza, ou seja, a maneira como uma organização é administrada (GUIMARÃES & ÉVORA, 1994).

2.2. A divergência nos termos:

Os termos administração, gerência e gestão são comumente utilizados como sinônimos, mas possuem origens distintas na sociedade. MOTTA (1995) descreve essas origens e as variantes de significado que cada termo recebeu e destaca que a mudança na denominação ocorreu em função da necessidade de revitalizar os conceitos que essas palavras representam.

Segundo o autor, a administração surgiu na área pública para expressar uma função subordinada aos conselhos e assembleias ou ao poder político, de forma geral, no século XVII, quando foi institucionalizado o cargo de ministro (do latim = *minus* – menos), onde o administrador era o executor das decisões emanadas dos órgãos políticos superiores, dos parlamentos e das assembleias legislativas.

A expressão gerência originou-se na área privada com o significado de função subordinada àqueles que estão nos conselhos superiores. Os gerentes eram pessoas que tinham a incumbência de executar as ordens dos diretores, proprietários ou membros dos conselhos de administração das empresas. (MOTTA, 1995).

O autor relata que a palavra administrador, até a década de 70, apesar de pouco usada, tinha a sua importância mais acentuada do que a de gerente. Dirigentes de alto nível eram ditos administradores, enquanto que gerentes eram considerados os de hierarquia mais baixa ou os que exerciam funções em pequenos comércios, ou ainda em bancos.

Segundo MOTTA (1995), a designação administração sofreu desgaste, representando, por vezes, expressão de insatisfação, inutilidade e pessimismo. “Como as necessidades permanecem, torna-se preciso revitalizar o conceito

introduzindo-lhe novas palavras, que, por não estarem associadas à prática passada, reacendem um novo otimismo” (MOTTA, 1995: 14).

Nesse sentido, a palavra administração “perdeu parte de sua imponência, sendo uma nova dinastia com a palavra gerência” (MOTTA, 1995), que, na última década começou a ser substituída pela palavra gestão. Esta passou, então, a ser utilizada para definir o campo da administração e da gerência, acrescentadas algumas novidades, mas mantendo a mesma base conceitual.

O termo gestão é tradução da terminologia européia, principalmente francesa e portuguesa, pois esta não usa o termo gerência. “Gestão é um termo genérico que sugere tanto quanto seus sinônimos, a idéia de dirigir e decidir” (MOTTA, 1995: 16), e é atualmente, bastante utilizado, pois não possui preconceitos que termos anteriores adquiriram (MOTTA, 1995).

2.3. Gestão: um enfoque teórico.

A tarefa de gerir se aplica a qualquer tipo ou tamanho de organização. Toda organização, seja ela industrial ou prestadora de qualquer tipo de serviço precisa ser gerenciada adequadamente para alcançar os seus objetivos com a maior eficiência e economia de ação e de recursos.

A partir do momento em que as organizações alcançaram certo tamanho e complexidade é que a Administração existente começou a apresentar dificuldades e desafios até então intransponíveis para os seus dirigentes. Segundo Peter F. Ducker, um dos grandes autores em administração, foi neste contexto que surgiu uma crescente necessidade de uma Teoria da Administração que permitisse oferecer aos dirigentes das organizações os modelos e as estratégias adequadas para a solução dos seus problemas empresariais (UHLMANN, 1997).

No início do século XX, o mundo vivia as conseqüências da Revolução Industrial, o consumo e a demanda por produtos eram crescentes e a indústria, à época, enfrentava a necessidade de aumentar a sua produção. A demanda exigia uma produção crescente e a mão-de-obra começava a se organizar e exigir um tratamento mais digno, em termos de condições de trabalho, de remuneração e direitos, descanso e horários de trabalho, tornando necessária a economia e a racionalização da mão-de-obra.

Frederick Winslow Taylor (1856-1915) diante deste quadro e inspirado nos modelos de gestão conhecidos até o momento, no caso da Igreja Católica, da organização militar, dos economistas liberais, da primeira e da segunda Revolução Industrial (CHIAVENATO, 1983, citado por ABRAHÃO, 2004) e valendo-se, também, dos princípios de divisão do trabalho do economista Adam Smith, propôs que se aumentasse a produtividade dos trabalhadores por meio da especialização, onde cada pessoa faria uma pequena parte do serviço, repetitiva e contínua, de fácil aprendizado e mensurável em termos de quantidades produzidas e tempo gasto (UHLMANN, 1997).

Surge a chamada Administração Científica, voltada para a atividade industrial. Taylor enumera em seu livro, *Princípios da Administração Científica*, os elementos de aplicação da Administração Científica como sendo: estudo de tempo e padrões de produção; supervisão funcional; padronização de ferramentas e instrumentos; planejamento das tarefas e cargos; o princípio da exceção; a utilização da régua de cálculo e instrumentos para economizar tempo; fichas de instrução de serviço; a idéia de tarefa, associada aos prêmios de produção pela sua execução eficiente; sistemas para classificação dos produtos e do material utilizado na manufatura; e sistema de delineamento da rotina de trabalho (UHLMANN, 1997).

Esta teoria administrativa tinha como base o conceito de divisão e especialização do operário com o único objetivo de aumentar a sua eficiência e produtividade. Nos dizeres de WAHRLICH (1972, citado por ABRAHÃO, 2004), “o trabalho pode ser executado melhor e mais economicamente através da subdivisão das funções” e “o trabalho de cada pessoa na organização deveria, tanto quanto possível se limitar à execução de uma única tarefa predominante” (WAHRLICH, 1972, citado por ABRAHÃO, 2004:101).

Em 1916, Henri Fayol publica sua obra, *Administração Industrial e Geral*. Segundo ele, a função administrativa estava acima das demais funções, pois as coordenava e direcionava, e, pensando nisso, elaborou as chamadas funções universais da Administração, que segundo UHLMANN (1997), podem ser descritas como:

- “1-Previsão: envolve a avaliação do futuro e das providências, em termos de alocação de recursos, para que se alcance o previsto. Um plano de ação deve revestir-se dos conceitos de unicidade, flexibilidade, continuidade e precisão.
- 2- Organização: é a função que dota a empresa do que necessita, estrutura as coisas, quer seja no aspecto material, quer no social.
- 3- Comando: é a função que faz com que o sistema atue, procura sempre maximizar o retorno para que se alcance o objetivo global da organização.
- 4- Coordenação: é a função que harmoniza, sincroniza as atividades da organização. Pode ser entendida também como sendo a função que adapta os meios para que os objetivos sejam alcançados.
- 5- Controle: é a função que verifica se a execução está de acordo com o planejado, assegura que os planos sejam cumpridos, identificando desvios, erros, falhas no sentido de se corrigir o curso dos processos enquanto é possível e ao mesmo tempo evitar a repetição dos erros” (UHLMANN, 1997:33).

Podem-se destacar alguns princípios de administração de Fayol, contidos em seu livro *Administração Industrial e Geral*, como: divisão do trabalho; autoridade; disciplina; unidade de comando; unidade de direção; subordinação do interesse

individual ao bem comum; remuneração; centralização; hierarquia; ordem; equidade; estabilidade pessoal; e iniciativa (UHLMANN, 1997).

A abordagem clássica de Fayol dá ênfase à organização, à estrutura e à atividade administrativa propriamente dita, enquanto que a Teoria Científica de Taylor preocupava-se mais com a eficiência do trabalho de execução. No entanto, ambas as teorias contribuíram significativamente no modo de administrar da época e muitos dos seus princípios são utilizados até os dias atuais.

Inspirados pela obra de Max Weber (1864-1920), estudiosos como Robert K. Merton, Philip Selznik, Alvin Gouldner, Peter M. Blau, Richard Scott e Reinhard Bendix elaboraram a Teoria da Burocracia, fundamentada na racionalidade, na adequação dos meios aos propósitos da organização, com a finalidade de se obter a máxima eficiência e previsibilidade do sistema (UHLMANN, 1997). A burocracia foi entendida como “uma estrutura social na qual a direção das atividades coletivas fica a cargo de um aparelho impessoal hierarquicamente organizado, que deve agir segundo critérios impessoais e métodos racionais” (MOTTA, 1981, citado por ABRAHÃO, 2004: 53).

Os modelos clássicos se mostraram falho no que diz respeito à condução das pessoas, o que fez com que surgisse a Teoria das Relações Humanas, baseada nas pesquisas do australiano George Elton Mayo. Tal teoria possuía como princípios: a integração social do grupo como elemento interferente nos resultados da produção; o comportamento social dos empregados, reagindo como membros de grupos e não isoladamente; recompensas e sanções sociais; presença de grupos informais; valorização das relações humanas; divisão do trabalho; e ênfase nos aspectos emocionais.

A Teoria das Relações Humanas, todavia, mostrou-se muito mais preocupada com o fator humano do que com a organização formal, estando pouco comprometida com os resultados da organização (UHLMANN, 1997).

Também conhecida como Behaviorismo, a Teoria Comportamental surgiu no final da década de 1940 e pode ser entendida como uma evolução da Teoria das Relações Humanas, uma vez que mantém o enfoque nas pessoas. O indivíduo passa a ser analisado de forma concreta quanto aos seus padrões de comportamento, que são utilizados para elucidar o comportamento das organizações.

Abraham H. Maslow desenvolveu o conceito de motivação, baseado nas necessidades humanas, concebidas como uma pirâmide ou escada, onde se alcança o estrato seguinte somente após ter-se galgado o anterior. Segundo Maslow, as necessidades humanas estariam organizadas em ordem crescente em uma pirâmide e seriam: necessidades fisiológicas, necessidades de segurança, necessidades sociais, necessidades de estima e necessidades de auto-realização. As duas primeiras seriam, ainda, classificadas como primárias, enquanto que as demais ditas secundárias.

A Escola Estruturalista fundamenta a organização como um local onde há interação de diversos grupos sociais, no qual “as tensões [...] – que podem ser reduzidas, mas não eliminadas – entre as necessidades da organização e a de seu pessoal, entre a racionalidade e a irracionalidade, entre a disciplina e autonomia, entre relações formais e informais, entre administração e trabalhadores ou, mais genericamente, entre posições e divisões, são “inevitáveis” (ETIZIONI, 1987, citado por ABRAHÃO, 2004: 56). Esta escola representa uma síntese da Escola Clássica e da Teoria das Relações Humanas, não sendo propriamente uma teoria. “É, antes de

tudo, um método cujas enormes potencialidades, aplicadas em diversas áreas da ciência social, são evidenciadas nos estudos da economia, da psicologia e da sociologia” (ABRAHÃO, 2004: 56).

Outras teorias administrativas foram fundamentadas, como a Teoria dos Sistemas, que classifica as organizações como sistemas abertos, que possuem relações com o meio externo a organização, e fechado, que não possuem relações com o meio externo (ABRAHÃO, 2004);

A Teoria do Desenvolvimento Organizacional leva em consideração o postulado da teoria comportamental, bem como a compreensão dos conceitos de estrutura formal e informal cujos conjuntos de interações acabam por constituir o clima organizacional (UHLMANN, 1997). Neste contexto, sistema é entendido como um conjunto de partes que se relacionam, cujos objetivos fazem com que o arranjo das partes não ocorra ao acaso, onde o homem se caracteriza pelo relacionamento com os outros indivíduos e todos, desempenham um papel na organização. (GUIMARÃES & ÉVORA, 2004).

A Teoria Neoclássica incorporou, também, os conceitos de organização formal e informal e os aspectos democráticos de gestão da Teoria das Relações Humanas, os conceitos de organização hierárquica, autoridade e responsabilidade da Teoria Burocrática, os conceitos de comportamento, como motivação, equilíbrio de interesses e sistemas de recompensas da teoria behaviorista e o conceito de sistema aberto da abordagem sistêmica (UHLMANN, 1997).

A Teoria Contingencial surge como resposta a estudos que buscam entender como uma empresa se comporta em diferentes cenários, partindo do princípio que a organização e o processo de trabalho de uma determinada organização são

influenciados pelo ambiente externo em que se inserem (GUIMARÃES & ÉVORA, 2004).

Outras abordagens surgiram, cada uma dando ênfase em algum aspecto que levasse a um melhor aproveitamento dos recursos, como atuar sobre o indivíduo ou sobre o grupo, visando o melhor desempenho da organização.

2.4. As teorias administrativas na saúde:

As teorias administrativas são essenciais para o desenvolvimento de processos de trabalho e da gestão em saúde. Segundo GUIMARÃES & ÉVORA (2004):

“Os modelos contemporâneos de administração, conduzidos por estratégias que permitem a flexibilização nos processos de produção, propiciam uma análise e um diagnóstico do ambiente, dando aos gerentes condições para antecipar o futuro e reduzir riscos e incertezas na tomada de decisão, [...] atender às demandas do mercado em tempo hábil, respondendo à clientela e ao avanço tecnológico, [...] e garantindo, desta forma, o desenvolvimento institucional” (GUIMARÃES & ÉVORA, 1994: 73).

As diversas abordagens administrativas foram adaptadas ao setor saúde, pois o tipo de administração em saúde predominante no Brasil se desenvolveu de forma diferente do modelo tradicional norte-americano, o qual produziu um arcabouço teórico em administração de serviços de saúde (CAMPOS, 1992, citado por ABRAHÃO, 1999). No Brasil, as correntes de pensamento administrativo deixaram sua contribuição para a gestão em saúde, mas foram utilizadas como modelos isolados ou mesclados (BITTAR, 2000), pois “não se desenvolveu, dentro deste modelo (brasileiro), uma teoria de gestão específica para os serviços de saúde; simplesmente foram incorporadas algumas noções da chamada Escola Clássica” (CAMPOS, 1990, citado por ABRAHÃO, 1999: 29).

O trabalho nas organizações de saúde é analisado, em alguns casos, como em uma fábrica, como consequência dos conhecimentos acumulados na área de Administração, ao longo dos anos, numa vertente mecanicista, por isso esbarra em determinados limites face aos novos desafios enfrentados. As diversas teorias administrativas não consideram a complexidade inerente a qualquer organização e os gestores sentem esses limites na prática, pois, muita das vezes, os processos de trabalhos ocorrem sem planejamento (ABRAHÃO, 1999).

Em função do atraso no desenvolvimento de tecnologias administrativas para o setor, a gestão dos serviços de saúde tem sido exercida por outros profissionais que não o administrador. A experiência na área de saúde e o conhecimento sobre as especificidades destas organizações têm sido características dos gestores, geralmente profissionais médicos (ABRAHÃO, 1999).

“A reforma do modelo de gestão deve pautar-se na descentralização, no planejamento e na avaliação” (ABRAHÃO, 1999: 27), onde o modo de gerenciar a saúde considera o Sistema Único de Saúde, visto como instrumento de exercício de poder democrático, um fator estratégico à reforma sanitária (CAMPOS, 1992, citado por ABRAHÃO, 1999).

2.5. Novos rumos na gestão em saúde:

A gestão tem sofrido mudanças ao longo do tempo, e para avançar, deve adequar-se às novas tendências mundiais, inserindo novos conceitos e novas modalidades de gestão, visando o melhor rendimento e aproveitamento nas organizações (BECCARIA & FÁVERO, 2000). Os debates desenvolvidos na área de saúde sobre a temática gerencial e o conjunto de intervenções dos vários grupos

sociais interessados nesse setor têm destacado a necessidade de operar mudanças no modo de trabalhar em gerência, em todos os níveis das organizações de saúde (FRACOLLI, 2001).

MOTA (2001, citado por BARBIERI & HORTALE, 2005) comenta que a movimentação em torno de uma “nova” administração pública, tanto quanto sua efetivação no setor saúde decorre da necessidade de melhorar os resultados institucionais, aumentando a capacidade da gestão pública em dar respostas às demandas dos cidadãos com o uso racional de recursos.

Algumas tentativas têm sido buscadas no sentido de se implementar modelos alternativos de gestão, nos quais a qualidade dos serviços prestados, a manutenção da organização e a satisfação dos trabalhadores devem ser garantidas (GUIMARÃES & ÉVORA, 1994).

“No Brasil, dentro do processo de implantação do Sistema Único de Saúde, há inúmeras experiências voltadas para ampliar a democracia em instituições de saúde. A descentralização de poder para os municípios e a instalação de Conselhos e Conferências de Saúde são dispositivos do SUS para alterar o funcionamento burocrático do Estado” (CAMPOS, 1998: 864).

2.6. Gestão colegiada centrada em equipes de saúde:

Campos (1998) busca uma alternativa aos métodos de gestão vigente e descreve seu modelo de gestão para sistemas e estabelecimentos de saúde, como sendo um sistema de gestão que assegura tanto a produção qualificada de saúde, quanto garanti a própria sobrevivência do sistema e a realização de seus trabalhadores. Segundo esta proposta, todos os profissionais envolvidos com um mesmo tipo de trabalho, com um determinado produto ou objetivo identificável,

compõem uma Unidade de Produção, ou seja, cada um destes novos departamentos ou serviços seria composto por uma equipe multiprofissional. (CAMPOS, 1998).

O autor descreve o funcionamento desse novo modo de gestão, onde:

“Cada Unidade de Produção teria um único Coordenador e elaboraria um Projeto de Trabalho. Para isto operariam segundo um princípio de funcionamento, ao mesmo tempo democrático, mas também produtor de compromissos e de responsabilidades muito bem definidas. Todos os participantes destes coletivos multiprofissionais comporiam um Colegiado para cada uma destas unidades de produção. Colegiado encarregado de elaborar diretrizes, metas e programas de trabalho; avaliando-os periodicamente. Ao coordenador caberia o papel de direção executiva, implementando decisões do Colegiado da Unidade e tomando decisões imprevistas, conforme a dinâmica dos acontecimentos, mas sempre se apoiando em diretrizes anteriormente definidas pelo coletivo. Outra função do dirigente (coordenador) seria funcionar como um dos elos de comunicação com o exterior, estabelecer contatos com outras unidades, com a direção geral do serviço, com os usuários, etc.” (CAMPOS, 1998: 866).

Nesse novo método, os profissionais têm maior liberdade e autonomia, não total, uma vez que há uma reduzida dominação ou determinação dos superiores, no entanto todos participam do governo e ninguém decide sozinho, isolado, ou em lugar de outros. De acordo com o criador da proposta, haveria significativas mudanças no sistema de Direção Geral das Organizações, pois o diretor-geral ou superintendente e seus assessores teriam uma função executiva semelhante àquela descrita para os coordenadores de cada unidade de produção e comporiam, junto com todos os coordenadores de cada uma das unidades de produção, um colegiado Geral de Direção.

“As funções de dirigentes não estariam eliminadas neste modo de governar, somente não assumiriam um caráter exclusivo e unipessoal. De um dirigente - titular, suposto-sabido e todo-poderoso, saltar-se-ia para um Colegiado composto por diretores e coordenadores de cada uma das Unidades de Produção. No entanto, cada um dos diretores cumpriria funções executivas operacionais, de

controle, cabendo-lhes tanto assegurar o cumprimento das deliberações, quanto tomar decisões que os espaços colegiais não houvessem trabalhado.” (CAMPOS, 1998: 868).

CAMPOS (1998) esclarece que os colegiados, que propõe, não devem ser confundidos com os Conselhos de Saúde com participação majoritária de usuários, pois aqueles têm função operacional, interna às organizações e aos estabelecimentos. O poder do usuário é aumentado de acordo com esta proposta, pois não há paciente sem um profissional escolhido para ser sua referência no sistema, valorizando-se, assim, o padrão de vínculo entre trabalhadores e usuários.

“Cada técnico ou cada mini-equipe teriam responsabilidade integral sobre determinado número de casos. Os demais trabalhadores os apoiariam mediante ações articuladas em movimentos matriciais: interconsultas, ações específicas ofertadas para clientes ligados a distintos profissionais de referência, etc. Neste caso, a busca de padrões de vínculo mais qualificados, explícitos e duradouros, além de vantagens de ordem política, a de propiciar graus de compromisso e de competência de cada trabalhador; contribuiria também para aumentar a eficácia do trabalho clínico e de reabilitação” (CAMPOS, 1998: 868).

Segundo o autor, esta nova metodologia é capaz de “lidar com as várias polaridades que operam em caráter quase que permanente nos serviços de saúde” (CAMPOS, 1998: 868), pois combina “coeficientes de democracia participativa com a preservação de algum grau de unidade em torno daqueles objetivos primários de cada instituição” (CAMPOS, 1998: 868).

“Imaginou-se um método que mesclasse participação com busca de produtividade e compromisso; mas, sobretudo, antevia-se a possibilidade de montagem de uma máquina organizacional que fosse, ao mesmo tempo, terapêutica e pedagógica para os trabalhadores no sentido, de permitir seu crescimento pessoal e coletivo de forma contínua e progressiva e também produtora de saúde ou de educação para o público” (CAMPOS, 1998: 868).

Na concepção de CAMPOS (1998) sempre haverá antagonismos entre a missão dos sistemas de saúde e os interesses corporativos de suas várias

categorias profissionais, assim como os conflitos entre diretores, coordenadores das unidades, dos colegiados, os desentendimentos entre médicos, enfermeiros, técnicos e usuários, as disputas em torno de modelos e programas de atenção, divisão do trabalho e atribuição de responsabilidades, uma vez que o método de gestão não se propõe a resolver estes conflitos ou eliminar estas contradições, mas sim admitir a existência destas polaridades e criar espaços onde estas possam ser trabalhadas, considerando-se os vários interesses envolvidos.

O autor relata, ainda, algumas vantagens potenciais desta nova metodologia, tais como:

“A melhoria no grau de envolvimento e de compromisso das equipes com a instituição como um todo e, particularmente, com os projetos criados [...];
A criação de um sistema informal de educação integral graças à multiplicação dos espaços de troca de informação, como as oficinas de planejamento, discussão de casos, elaboração conjunta de projetos terapêuticos individuais ou de programas coletivos de atenção [...];
A melhoria da relação Equipe de Referência com os usuários e seus familiares graças à instituição de sistemas de referência com responsabilização e cuidados mais bem definidos e micro-sistemas de controle social” (CAMPOS, 1998: 869).

CAPÍTULO 3

INFORMAÇÕES EM SAÚDE

3.1. A informação na gestão do SUS:

A gestão do SUS é essencialmente participativa e democrática, onde os conselhos formulam e executam políticas de saúde que devem ser implantadas pelos gestores. Entretanto, a fim de deliberar políticas que efetivamente busquem combater as desigualdades sanitárias e promover a saúde da população, é necessário o acesso a informações sobre a realidade epidemiológica do município, no caso de considerar-se a esfera municipal, e os modelos assistenciais que tenham poder de reversão dessa realidade (MOTA & CARVALHO, 2003, citados por BISPO JÚNIOR & GESTEIRA, 2004). Com relação à importância da informação no processo de tomada de decisão, MOTA & CARVALHO (2003, citados por BISPO JÚNIOR & GESTEIRA, 2004) afirmam:

“A informação é essencial à tomada de decisão. O conhecimento sobre a situação de saúde requer informações sobre o perfil de morbidade e mortalidade, os principais fatores de risco e seus determinantes, as características demográficas e informações sobre serviços. Esse conhecimento se aplica ao planejamento, à organização, à operação e à avaliação de ações e serviços. Além disso, na atenção à saúde, as informações são imprescindíveis ao atendimento individual e à abordagem de problemas coletivos, utilizando-se o conhecimento que gera desde a assistência à população nas unidades de saúde até o estabelecimento de políticas específicas a formulação de planos e programas, sua implementação e avaliação. (MOTA & CARVALHO, 2003, citados por BISPO JÚNIOR & GESTEIRA, 2004).

MORAES (1994) também expõe sobre a relevância das informações em saúde:

“A informação em saúde vem representando um espaço estratégico de luta, principalmente quando entendida como um instrumento interdisciplinar voltado para a

ampliação da consciência sanitária dos profissionais da saúde e da população” (MORAES, 1994: 18).

Nesse sentido, entende-se que as informações são estratégicas para a construção do SUS, pois além de capacitar o gestor para a tomada de decisões, contribuem para a mudança do modelo assistencial e ampliação do controle social (FERNADES DA SILVA, 1996).

3.2. Informação e Sistema de Informações em Saúde: análise conceitual.

A palavra informação pode receber diferentes conotações e interpretações. Os dicionários a definem como ato ou efeito de informar, instrução, direção, ou ainda, conhecimento extraído de dados, resumo de dados (FERREIRA, 1993). No entanto, na abordagem adotada, a informação constitui “[...] um processo dinâmico e complexo, envolvendo componentes tecnológicos, econômicos, políticos e ideológicos, associados a um referencial explicativo sistemático” (MORAES, 1994:17).

Segundo MORAES (1994), a informação é a representação de fatos da realidade com base em determinada visão de mundo, mediante algumas regras de simbologia, sendo uma ponte entre fatos da realidade ou as idéias de algumas pessoas e as idéias ou conhecimento de outras. A autora argumenta, ainda, que não é preciso que uma dada representação simbólica exerça seu poder alterador de conhecimento sobre uma pessoa para que ela possa ser considerada informação, uma vez que o realmente importante é a capacidade, o potencial que a informação tem de cumprir o seu papel.

A informação em saúde é comumente analisada de forma sistematizada e grande ênfase é dada aos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), que representam um conjunto de unidades de produção, análise e divulgação dos dados, que atuam com a finalidade de atender às necessidades de informações de instituições, programas e serviços, podendo ser informatizados ou manuais (BRASIL, MS, SESPA).

A Organização Mundial de Saúde define SIS como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão de informações necessárias para se planejar, organizar e avaliar os serviços de saúde. Um dos objetivos básicos dos SIS na concepção do SUS é possibilitar a análise da situação de saúde no nível local, análise essa que leva em consideração as condições de vida da população no processo saúde-doença (BRASIL, MS).

Um SIS tem, portanto, como propósito selecionar os dados pertinentes a estes serviços e transformá-la na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e indivíduos que planejam, financiam, administram, provêem, medem e avaliam os serviços de saúde (MORAES, 1994). Os SIS são, dessa forma, aqueles desenvolvidos e implantados com o objetivo de facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões.

Segundo GUIMARÃES & ÉVORA (2004), um sistema de informações pode ser entendido como:

“[...] Todo um conjunto de dados e informações que são organizados de forma integrada, com o objetivo de atender à demanda e antecipar as necessidades dos usuários. Portanto, sistemas de informação para apoio à decisão são sistemas que coletam, organizam,

distribuem e disponibilizam a informação utilizada nesse processo” (GUIMARÃES & ÉVORA, 2004:75).

3.3.Sistemas de Informação em Saúde:

As informações em saúde são obtidas do meio externo e interno à organização, processadas e analisadas, constituindo amplos sistemas de informação, que podem ser incorporadas no processo de trabalho e utilizadas para a avaliação e o redirecionamento das ações dos gestores (GUIMARÃES & ÉVORA, 2004).

Segundo a Secretaria de Gestão de Investimentos do Ministério da Saúde (SGI/MS), o nível federal deve colocar a disposição dos gestores, instrumentos que possam estimular, induzir, subsidiar e dar suporte a administração dos sistemas estaduais e municipais para reorganizar os sistemas e redes de atenção.

Desde 1975, vê-se o esforço do Ministério da saúde para prover o setor de um conjunto de informações eficiente que subsidie o processo decisório. Diante de tal objetivo, o Núcleo de Informática da Secretaria Geral do Ministério da Saúde iniciou a implantação dos sistemas de informação em saúde.

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi o primeiro sistema de base de dados nacional a ser implantado e oferece informações da maior relevância para a definição de prioridades nos programas de prevenção e controle de doenças. Sua fonte de informação é a Declaração de Óbito (DO) e a responsabilidade pela coleta e tratamento das informações é municipal, sendo assumida pelo nível estadual quando o município não está apto para tal.

O Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde e de Estimativas de População, foram, também, desenvolvidos e implementados. Outros sistemas de

informação de base nacional referente aos eventos de vida relacionados à saúde foram implantados, tais como:

- Sistema de Nascidos Vivos (SINASC): concebido e montado à semelhança do SIM, propicia um aporte significativo de dados sobre nascidos vivos, com suas características mais importantes, como sexo, local onde ocorreu o nascimento, tipo de parto e peso ao nascer; sua fonte de informação é a Declaração de Nascidos Vivos (DN) e permite a vigilância à saúde dos recém-nascidos, além de fornecer uma série de indicadores estatísticos, permitindo avaliar a qualidade e cobertura da atenção pré-natal.
- Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS): abrange todas as internações realizadas pelo SUS em cerca de 6.500 hospitais em todo país, tanto na rede pública como na rede contratada; as informações de entrada no sistema são oriundas dos dados da Autorização de Internação Hospitalar(AIH).
- Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS): registra a produção de serviços ambulatoriais realizadas pela rede SUS com 60 mil unidades prestadoras de serviços, públicas e privadas; oferece instrumentos para a operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção, assim como para a geração de informações relativas a Rede Ambulatorial e à Produção Ambulatorial do SUS. Suas fontes de informação são a Ficha de Cadastro Ambulatorial (FCA), a Ficha de Programação Ambulatorial (FPA), Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e Boletim de Diferença de Pagamento (BDP).

- Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN): idealizado para racionalizar o processo de coleta e transferência de dados relacionados a doenças e agravos de notificação compulsaria, tem por objetivo coletar, transmitir e disseminar dados rotineiramente gerados pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, permitindo a investigação e acompanhamento de agravos e fornecendo informações para a análise do perfil de morbidade; possui como fonte de informação a Ficha Individual de Notificação (FIN) e a Ficha Individual de Investigação (FII).

3.4. SIS na redução de desigualdades sanitárias:

FERNADES DA SILVA (1996) afirma que algumas características dos sistemas de informações são importantes para que estas informações se vinculem de fato a mudanças nas práticas sanitárias:

“Abranger informações relacionadas a morbi-mortalidade e também as ligadas às condições gerais de vida como habitação, saneamento, emprego, alimentação, etc;
Estar desagregado para que a realidade, heterogênea e desigual, das condições de vida e saúde, no interior do município, em seus distritos, bairros, estratos sociais e diferentes riscos epidemiológicos, seja visualizada pelos atores (gestores e usuários) envolvidos com a construção do SUS“ (FERNADES DA SILVA, 1996: 12).

O autor relata também que é freqüente a formação de complexas estruturas de informações nos serviços de saúde, que geram um grande número de dados, às vezes, de pouca utilidade, criando, dessa forma um vácuo entre quem produz e quem utiliza as informações.

Este distanciamento só pode ser superado se o sistema de informações estiver perfeitamente integrado ao projeto político do governo e das instituições, funcionando como um instrumento de mudanças em uma administração participativa

que esteja permeável às sugestões de técnicos e usuários na formulação de suas metas e estratégias, o que é indispensável para a construção de um adequado Sistema de Informações (FERNANDES DA SILVA, 1996).

3.5. A construção de uma política nacional de informação em saúde:

A primeira vez que uma lei no âmbito da Presidência da República tornou explícita a área de informação em saúde foi em 1992, quando houve a sanção da lei 8.490/92, que na Seção II, dispõe sobre as áreas de atuação do SUS, que são:

- “a) Política nacional de saúde e coordenação do Sistema Único de Saúde;
 - b) Saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios;
 - c) Informações de saúde;
 - d) Insumos críticos para a saúde;
 - e) Vigilância da saúde, especialmente drogas, medicamentos e alimentos;
 - f) Pesquisa científica e tecnológica, e ordenação da formação de recursos humanos, na área de saúde”
- (Brasil, 1992, citado por BRANCO, 2001: 107).

A autora relata que outro marco para a área de informação em saúde foi a inserção de deliberações sobre informação e comunicação no conjunto de medidas propostas para fortalecer e ampliar o controle social, no relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde. Tais deliberações foram:

- “- [...]Garantia de acesso, aos Conselhos, a todas as fontes de dados e informações da administração sobre a questão financeira da seguridade social e vigilância epidemiológica [...];
- Obrigatoriedade dos órgãos governamentais e setor privado contratado ou conveniado em prestar toda e qualquer informação necessária ao adequado cumprimento das competências dos Conselhos, fornecendo, inclusive, estudos e assessoria técnica;
- Treinamento, através de Oficinas de Trabalho periódicas, para a capacitação dos conselheiros municipais para exercerem corretamente suas atribuições, dando informações específicas e necessárias sobre como funciona o sistema;

- Articulação com o Setor de Educação para divulgação de informações sobre Saúde e o SUS, sem se limitar às formas curriculares;
- Garantia de que as informações sobre Saúde sejam veiculadas para o público em geral através dos meios de comunicação, instituições e movimentos sociais;
- Criação de programas de comunicação social nos diferentes meios locais para divulgação das ações de saúde, das resoluções dos Conselhos e de dados sanitários e epidemiológicos do local, sob supervisão dos Conselhos de Saúde; [...]
- Que os Conselhos de Saúde constituam, quando necessário, assessorias técnicas de informação, em todos os níveis de governo, com uniformidade, transparência, amplitude, qualidade e fidelidade” (Ministério da Saúde, 1992: 35-36, citado por BRANCO, 2001: 107).

A década de 90 contribuiu significativamente para a construção de uma política nacional de informação em saúde, uma vez que, fatos como a produção de um documento pelo Grupo Especial para a Descentralização (GED) ocorreram nesse período (BRANCO, 2001). Tal grupo publicou um documento intitulado “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, que ressaltava a existência de mecanismos para garantir condições de acesso a informações e de democratização dos processos decisórios.

Outro evento que merece destaque foi o relatório produzido pela Oficina de Trabalho “Uso e Disseminação de Informações em Saúde – Subsídios para a elaboração de um Política Nacional de Informação em Saúde para o SUS”, realizada em Brasília com a participação do GED, do Ministério da Saúde e outras entidades relacionadas com o tema, com o objetivo de:

“[...] apresentar as informações em saúde disponíveis em nível federal; discutir a qualidade e o acesso a estas informações; identificar a necessidade de informação e sua organização para a gestão descentralizada; apresentar e discutir os sistemas de informação e controle de unidades e sistemas locais; e, discutir as atribuições de cada nível de governo, visando a interligação e compatibilização entre os sistemas de informações” (BRANCO, 2001: 116).

Segundo BRANCO (2001), os anos 90 foram campo fértil para o desenvolvimento de uma política nacional de informação em saúde e para sua evidência na sociedade, já que grande número de iniciativas e projetos sobre a temática informação ocorreram nesta época. A autora salienta, também, que houve mudanças no plano político, institucional, social e tecnológico:

“No plano político, a consolidação da democracia e a criação de espaços legítimos de participação e controle social, como os conselhos de saúde, ampliaram a inserção dos demais atores, intensificando o debate sobre os rumos e formas de gestão do SUS;

Na esfera institucional, a complexificação de funções e atividades, nos três âmbitos de governo, tornou cada vez mais evidente a importância da informação como recurso estratégico tanto para a atuação técnica quanto política e social;

No campo econômico, a maior estabilidade política e econômica vivida pelo país, favoreceu o planejamento e a execução de ações de maior alcance e mais longo prazo, processos para os quais a informação é fundamental.

Simultaneamente, intensificou-se a cobrança por parte da sociedade quanto à melhoria da qualidade dos serviços de saúde e à modernização do setor;

Finalmente, o desenvolvimento tecnológico trouxe novas e interessantes alternativas técnicas e tecnológicas, como a Internet, com grande potencial de utilização e contribuição para o aperfeiçoamento da gestão do sistema de saúde, inclusive no campo da informação” (BRANCO, 2001: 123).

3.6. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde:

A Lei Orgânica da Saúde, lei 8.080/90, prevê em seu 47º artigo, a organização pelo Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do SUS, de um Sistema Nacional de Informações em Saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde vêm aprimorando as políticas de saúde na área de informação, que desde a década de 90 tem sido alvo de questionamento e objeto de estudo.

O ano de 2003 foi notoriamente marcante para o debate e fundamentação de uma proposta de política nacional de informação e informática em saúde, pois a XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003, deliberou a favor da elaboração e implementação de políticas articuladas de informação, comunicação, educação permanente e popular em saúde, para as três esferas de governo, garantindo maior visibilidade das diretrizes do SUS, da política de saúde, ações e utilização de recursos, visando ampliar a participação e o controle social e atender às demandas e expectativas sociais.

Esta deliberação reforça as decisões da 11ª Conferência Nacional de Saúde, que também havia situado a comunicação, a educação e a informação como componentes essenciais para alcançar a equidade, a qualidade e a humanização dos serviços de saúde.

Já em julho de 2003 foi concluída a primeira política nacional de informação e informática em saúde, que foi apresentada durante o VII Congresso da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em Brasília. Uma nova versão do documento foi apresentada à Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite, no mesmo ano, na qual o CONASS e o CONASEMS contribuíram para a construção de uma outra versão que fomentou os debates do II Seminário Nacional de Informação e Informática em Saúde, que ocorreu em outubro do referido ano, na Fundação Oswaldo Cruz, com o apoio do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde.

A versão mais recente da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde é de março de 2004 e contém deliberações da XII Conferência Nacional de Saúde, cujos fundamentos aprovados são:

“Conselho Nacional de Saúde deverá definir estratégias, em conjunto com o Ministério da Saúde, para elaborar e implementar políticas articuladas de informação, comunicação, educação permanente e popular em saúde, para as três esferas de governo, garantindo maior visibilidade das diretrizes do SUS, da política de saúde, ações e utilização de recursos, visando ampliar a participação e o controle social e atender as demandas e expectativas sócias, permitindo:

Reforçar a democratização da informação e da comunicação em todos os aspectos;

Garantir, nas três esferas de governo, com definição de prazos, a compatibilização, interface e modernização dos sistemas de informação do SUS e o aperfeiçoamento da integração e articulação com os sistemas e bases de dados de interesse para a saúde;

Viabilizar a rede de informação em saúde;

Investir em projetos educacionais e em campanhas continuadas, que favoreçam a participação popular nos processos de formulação e definição de políticas e programas de saúde, utilizando todos os meios de comunicação e mídias populares, com linguagem adequada a cada público específico;

Realizar a I Conferência Nacional de Informação, Comunicação e Educação popular em Saúde;

Assegurar recursos orçamentários para viabilizar e implantar a Rede pública Nacional de Comunicação, de acordo com a recomendação da XI e XII Conferências Nacional de Saúde, como materialização de uma política de comunicação ampla, plural, horizontal e descentralizada, que forneça as redes e movimentos sociais. Articulada ao controle social, deve garantir o acesso para os usuários do SUS;

Definir recursos, fontes de financiamento, prazo, cronograma e critérios para a implantação do Cartão Nacional de Saúde em todo país, por meio de amplo debate com os gestores estaduais, municipais, conselhos de saúde e prestadores de serviços, incluindo os pré-requisitos de informatização das unidades e infraestrutura tecnológica, capacitação de gestores e profissionais de saúde, e implantação da rede de informações. Os recursos deverão ser provenientes de financiamento pelas três esferas de governo, por meio de transferência fundo a fundo” (BRASIL, PNIIS, 2004: 10-11).

Esta última versão, dita versão 2.0, descreve também diretrizes para a área de informação e informática nas três esferas de governos, os usos da informação para avaliar as políticas de saúde para os usuários, profissionais de saúde e gestores, além de descrever as responsabilidades institucionais nas esferas municipal, estadual e federal, possuindo como estratégia:

“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, PNIS, 2004).

3.7. Departamento de Informação e Informática do SUS:

Seguindo os princípios de descentralização das atividades de saúde e objetivando, também, viabilizar o controle social sobre os recursos disponíveis pelo SUS, a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, criou o Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), ao qual foi atribuída a função de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde. Este órgão de informática de nível nacional possui importante papel no SUS, representando um suporte técnico e normativo para a montagem do Sistemas de Informação em Saúde, pois disponibiliza em sua página na Internet (www.datasus.gov.br), bases de dados que podem servir de subsídios para a análise da situação sanitária, tomada de decisões baseadas em evidências e programação de ações de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, as principais linhas de atuação do DATASUS são:

- “Manutenção das bases nacionais do Sistema de Informações em Saúde;
- Disseminação de informações em saúde para a gestão e o controle social do SUS bem como para apoio à pesquisa em saúde;
- Desenvolvimento, seleção e disseminação de tecnologias de informática para à saúde, adequadas ao país;
- Consultoria para a elaboração de sistemas do planejamento, controle e operação do SUS;
- Suporte técnico para a informatização dos sistemas de interesse do SUS, em todos os níveis;
- Normatização de procedimentos, softwares e de ambientes de informática para o SUS;

Apoio à capacitação das secretarias estaduais e municipais de saúde para a absorção de informações no seu nível de competência;
Incentivo e apoio na formação da Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS) na Internet, e outros serviços complementares de interesse do SUS como redes físicas (InfoSUS), BBS e vídeo-conferência” (MS, DATASUS).

O DATASUS foi criado com a finalidade de criar condições para implementar o SNIS e representa um avanço na área de Informação e Informática em Saúde, pois disponibiliza informações que são úteis principalmente, mas não exclusivamente, aos gestores em seu processo de trabalho nas três esferas de governo. É uma iniciativa para um novo ordenamento das instituições, onde prevalece a lógica da integração, articulação e coordenação das práticas de informação.

3.8. Fragmentação dos Sistemas e Cartão Nacional de Saúde:

Outros sistemas de informação foram criados, além daqueles que foram citados anteriormente, no entanto, verifica-se que estes funcionam de forma fragmentada e isolada, onde cada um é utilizado em sua especificidade para subsidiar determinadas decisões e formular ações e programas, não havendo confluência ou integração entre os mesmos. (MORAES, 1994)

No entender de MORAES (1994), para ampliar as possibilidades dos SIS se constituírem em fontes de dados de melhor confiabilidade, com capacidade de apoiar a decisão em saúde, é preciso entendê-los como um produto socialmente formado. A autora salienta, ainda, a necessidade de uma “nova” política de informação em saúde, pois:

“[...] a existente (política), fragmentadora da realidade, centralizadora dos sistemas, pouco compatibilizada com o processo decisório, com paralelismo de ações, e de demais aspectos incluídos, está falida, uma vez que não

atende mais às necessidades impostas pela sociedade brasileira”.

Felizmente, no âmbito do SUS começaram a crescer os exemplos de iniciativas locais bem sucedidas de informatização do processo de trabalho em saúde, com ganhos de produtividade e qualidade dos serviços de saúde. Experiências inovadoras implementadas nos estados e municípios, como a iniciativa do Cartão Nacional de Saúde respondem às necessidades da sociedade na área da saúde, especialmente no tocante à informação e informatização.

Neste contexto, é fundamental a existência de uma Política de Informação e Informática em Saúde, construída através de um processo participativo, que conduza o processo de informatização do trabalho de saúde, tanto nos cuidados individuais quanto nas ações de saúde coletiva, de forma a obter ganhos de eficiência e qualidade, gerando informações de maior confiabilidade para gestão, geração de conhecimento e controle social (BISPO JÚNIOR & GESTEIRA, 2004).

Uma das diretrizes da última versão da Política Nacional de Informática e Informação em Saúde do Ministério da Saúde, de março de 2004, é:

“[...] estabelecer sistema de identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde que seja progressivamente adotado, aprimorando o processo de integração dos sistemas de informação de saúde e viabilizando o registro eletrônico de saúde. O Cartão Nacional de Saúde – que identifica univocamente usuários e profissionais – e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – que identifica univocamente os estabelecimentos – são o passo inicial na construção desse novo paradigma” (BRASIL, PNIIS, 2004).

O cadastramento dos usuários do SUS consiste na identificação desses usuários e seus domicílios de residência, o que possibilita a vinculação de cada usuário ao domicílio de residência, permitindo uma maior eficiência na realização

das ações de natureza individual e coletiva desenvolvidas nas áreas de abrangência dos serviços de saúde.

É possível, dessa forma, que um banco de dados seja construído, o qual, desde que constantemente atualizado, pode permitir aos gestores do SUS diagnosticar, avaliar, planejar e programar ações de saúde. Assim, o Cadastro Nacional de Usuários é o primeiro passo para a implantação do CNS, sendo uma ferramenta para consolidação do SUS e facilitação da gestão.

A Norma Operacional Básica de 1996 enuncia o CNS como uma forma de identificar a clientela do SUS, explicitando sua vinculação simultânea a um gestor, municipal, estadual ou federal, e a um conjunto de serviços bem definido, cujas atividades devem visar à atenção à saúde do cidadão, como estipula a constituição. Segundo a NOB 96, o cartão deve ter uma “numeração nacional, de modo a identificar o cidadão com o sistema nacional” (NOB 1996).

Segunda a SGI/MS, além dessas finalidades, espera-se que o CNS instrumentalize outros processos relacionados às atividades de gestão, de forma a:

- “Possibilitar um acompanhamento das referências intermunicipais e interestaduais;
- Subsidiar a elaboração e avaliação da Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- Facilitar os processos relativos às compensações financeiras e ao ressarcimento ao SUS dos valores dos procedimentos realizados nos associados a empresas do setor de saúde supletiva;
- Possibilitar o acompanhamento do fluxo dos usuários no sistema de saúde;
- Subsidiar o planejamento e a definição das prioridades nas ações de saúde e o acompanhamento das políticas realizadas, através da mensuração da cobertura das atividades desenvolvidas e detecção de pontos de estrangulamento do sistema de saúde;
- Facilitar a integração dos dados dos Sistemas de Informações de Base Nacional gerenciados pelo Ministério da Saúde, estados e municípios, permitir aporte de outros dados importantes para sua análise, bem como propiciar a geração automática de formulários, próprios destes sistemas de informação;

Subsidiar processos de regulamentação do sistema de saúde e de racionalização da utilização de recursos humanos, físicos e financeiros” (BRASIL,MS, SGI).

O CNS visa à modernização dos instrumentos de gerenciamento da atenção à saúde através de utilização de tecnologias de ampla difusão, como informática e telecomunicações, ambos em constante progresso, permitindo ao SUS a existência de uma rede integrada para a realização de variadas operações. A característica principal do cartão é possibilitar ao SUS identificar individualizadamente os usuários, utilizando o cadastro de usuários do SUS, que está baseado no número do Programa de Integração Social (PIS) e Programa de Assistência ao Servidor Público (PASEP).

Segundo MORAES (2002), os atuais gestores da informação dedicam-se a constituir “amplos cadastros informacionais, cada vez mais abrangentes, universais, onde a população estará localizada, caracterizada”. O Cartão-SUS é um exemplo desse esforço administrativo contemporâneo. Cada cidadão tem direito a um CNS que possibilita identificar os usuários em todos os seus contatos com o SUS e acompanhar sua evolução dentro do sistema, reunindo informações pessoais e dados como procedimentos clínicos realizados e medicações utilizadas.

A implantação do cartão pressupõe um desenvolvimento de equipamentos e aplicativos que irão contribuir para a coleta e o processamento das informações, utilizando elementos da informática e telecomunicações. Nesse sentido, criou-se o Terminal de Atendimento SUS (TAS) e o Software Aplicativo Municipal com o qual interage, permitindo a vinculação entre procedimento e usuário.

“O TAS e o software aplicativo compõem os níveis inferiores de um sistema distribuído que se estende até o nível federal, interligando municípios via servidores concentrados, estes em agregados estaduais, e

finalmente os estados e o Distrito Federal como partes da União” (SGI/MS).

Com o uso ferramentas como esta, o gestor do sistema municipal sabe exatamente que procedimentos estão sendo feitos nas unidades de saúde, que profissional os realizou e quem foi o usuário, pois os dados ficam gravados e compõem um banco que pode ser usado para fins diversos.

CAPÍTULO 4

PRONTUÁRIO DO PACIENTE

4.1. Prontuário do Paciente: centro das informações em saúde.

O prontuário do paciente é o documento básico de um hospital, e permeia toda a sua atividade assistencial, de pesquisa, ensino e atividade administrativa. É o elemento de comunicação entre os vários setores do hospital e entre os diferentes atores envolvidos, sendo depositário de um conjunto muito grande e rico de informações capazes de gerar conhecimento (GOMES, 2001).

As informações registradas no prontuário do paciente subsidiam a continuidade e a verificação do estado evolutivo dos cuidados de saúde, quais os procedimentos resultam em melhoria ou não do problema que originou a busca pelo atendimento, a identificação de novos problemas de saúde e as condutas diagnósticas e terapêuticas associadas, e apresentam caráter fundamental no processo gerencial, uma vez que simbolizam uma fonte de dados, tanto para a pesquisa como para suplementar a administração de uma unidade de saúde (MARIN et al, 2003).

A gestão da informação de prontuários de pacientes é questão fundamental na discussão de sistemas de informações em saúde, pois este documento representa o centro das informações relativas ao estado de saúde do paciente em qualquer unidade de saúde e um elemento crucial no atendimento à saúde dos indivíduos, devendo reunir informações necessárias para garantir a continuidade dos tratamentos prestados.

4.2. O Prontuário do Paciente:

O conceito de prontuário tem evoluído de tal forma que, o simples registro sobre um fato, tornou-se um documento de grande valia no que diz respeito à história médica e social do enfermo (SOUNIS, 1993). O prontuário do paciente, embora comumente chamado de prontuário médico, é conceituado por diversos autores, segundo os quais este é o documento que contém todas as informações relativas ao atendimento prestado ao paciente em uma determinada unidade de saúde (MARIN et al, 2003; MEZZOMO, 1982; SOUNIS, 1993; STUMPF & FREITAS, 1996; MAC EACHER, citado por MEZZOMO, 1992; CARVALHO, citado por SOUNIS, 1993; EPSJV/FIOCRUZ, 1999).

É um documento que relata com minúcias e ordenamento, a marcha do paciente desde sua admissão até sua alta, gerado por todos os profissionais de determinada unidade de saúde envolvidos em seu atendimento quer seja a nível ambulatorial ou de internação (SOUNIS, 1993; STUMPF & FREITAS, 1996). Possui caráter sigiloso e acesso restrito, pois contém informações que dizem respeito somente ao paciente e a equipe médica responsável pelo seu atendimento, diagnóstico e tratamento. É um documento que recebe proteção legal prevista no Código Penal Brasileiro e Código de Ética Médica, onde todo profissional que tem contato com as informações nele contidas é obrigado a mantê-las em segredo e está sujeito às penalidades legais (MOTTA, 2004).

EPSJV/FIOCRUZ (1999) descreve prontuário do paciente como “o documento destinado ao registro dos cuidados prestados a este, quer seja em casos de internação hospitalar, em atendimento de ambulatório ou em situações de emergência” (EPSJV/FIOCRUZ, 1999: 103). Segundo os autores, o prontuário do paciente deve ser 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.

Adota-se a definição de prontuário do paciente estabelecida pela resolução do Conselho Federal de Medicina nº1638 de 2002 (ANEXO I), segundo a qual o prontuário médico é:

“[...] documento único constituído de imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo” (CFM, 1638/2002).

4.3. Registros em Saúde: precursores do prontuário do paciente.

“Desde os primórdios, o ato de registrar constitui um fator importante para a evolução da vida, para o aprimoramento da espécie humana e para o aperfeiçoamento de conhecimentos acumulados pela humanidade” (EPSJV/FIOCRUZ, 1999: 09).

Já na Antiguidade, anotações acerca de fatos ocorridos eram realizadas. O papiro de Edwin Smith, por exemplo, descoberto pelo egípcio Imhotep (2980 a.C.) é grande contribuição para o registro das informações. Este documento representou um conjunto muito organizado de dados padronizados de consultas de pacientes, onde as consultas eram armazenadas. Caso aparecesse outro paciente com os mesmos sintomas do anterior, era selecionada no banco de dados a consulta que proporcionou a cura para aquela determinada enfermidade e aplicada. Esse papiro relatava 48 casos de doenças, que possuíam um título, a forma como o paciente deveria ser examinado, possíveis opções de diagnóstico e tratamento, descritos de forma lógica, simples e direta, sem referência à magia ou superstição (ALBUQUERQUE, 2001).

ALBUQUERQUE (2001) relata que outra realização de grande importância para o registro das informações foi um Código, proposto pelo então imperador da Babilônia, Hamurábi, (1792-1750a.C.), que consistia em inúmeras tábuas de argila que continham as atividades comerciais, administrativas e diplomáticas da cidade, além de leis para os acontecimentos, na qual cada insulto ou dado de qualquer procedência deveriam ser justificados com atitudes ou fatos equivalentes. O Código de Hamurábi é a representação não somente do armazenamento da informação, mas também de um novo processo de padronização da vida do povo, onde a informação começa a ser valorizada diante da sociedade.

Informações sobre como se assistiam aos doentes foram armazenadas nas paredes dos templos gregos e romanos. Tais registros continham o nome do paciente, um breve resumo e o resultado do tratamento. O Império Romano contribuiu para a difusão dos registros, pois à medida que ganhava extensão territorial, difundia a sua língua, escrita, religião, costumes de organização e educação, favorecendo, também, o desenvolvimento da saúde pública, uma vez que criou um sistema de fornecimento de água limpa e coleta de lixo, que posteriormente foi acolhido e ampliado por outras cidades (ALBUQUERQUE, 2001).

Na época Medieval, o São Hospital Bartolomeu, em Londres, Inglaterra, foi o primeiro hospital a realizar registros dos pacientes, pois foi neste período que se estabeleceram os primeiros contratos com os médicos (1609), nos quais estes passam a ter a competência de prescrever aos doentes (CAMPOS, 1988). Com o Renascimento, surgiu a imprensa que facilitou o processo de padronização de informação e principalmente de sua propagação. Os registros começaram a adquirir

um aspecto religioso e político, onde as classes dominantes detêm o conhecimento e poder (ALBUQUERQUE, 2001).

De acordo com EPSJV/FIOCRUZ (1999), duas contribuições específicas aos registros em saúde, no final do século XVIII, podem ser citadas: a primeira é Benjamin Franklin, primeiro secretário do Hospital da Pensilvânia, nos Estados Unidos, como o responsável pelo preenchimento dos primeiros prontuários, e a segunda, também citada por CAMPOS (1988), refere-se ao primeiro registro em saúde que possuía dados como diagnóstico, idade, data de admissão, ocupação e aparência do Paciente, notas de evolução e tratamento realizado, no Hospital de Nova Iorque.

MARIN et al (2003) relata a contribuição de William Mayo no registro das informações em saúde, onde juntamente com seu grupo de colegas formou a Clínica Mayo em Minnesota, nos Estados Unidos, e observou que a maioria dos médicos mantinha o registro de anotações das consultas de todos os pacientes em forma cronológica em um único documento. Em 1907, a Clínica Mayo adota o registro individual das informações de cada paciente, que passaram a ser arquivados separadamente, o que originou o prontuário médico centrado no paciente e orientado ainda de forma cronológica. Em 1920, ainda na Clínica Mayo, houve um movimento para padronizar o conteúdo dos prontuários através da definição de um conjunto mínimo de dados que deveriam ser registrados. Este conjunto de dados criou uma estrutura mais sistematizada de apresentação da informação médica que caracteriza o prontuário do paciente de hoje (MARIN et al, 2003).

4.4. O prontuário do paciente em uma organização de saúde:

MARIN et al (2003) comenta o fato de que diferentes são os atores envolvidos no registro das informações no prontuário do paciente. Há a participação de múltiplos profissionais e, frequentemente, as atividades acontecem em locais diferentes de uma unidade de saúde. Portanto, são fontes diferentes de dados, gerando, conseqüentemente, uma grande variedade de informações.

“Tais dados precisam ser agregados e organizados de modo a produzir um contexto que servirá de apoio para a tomada de decisão sobre o tipo de tratamento ao qual o paciente deverá ser submetido, orientando todo o processo de atendimento à saúde de um indivíduo ou de uma população” (MARIN et al, 2003: 03).

MARIN et al (2003) relata, também, que se pode afirmar que o sistema de saúde de um país é estabelecido graças ao que se tem documentado em um prontuário, uma vez que dele são extraídas as informações sobre a saúde dos indivíduos que formam uma comunidade e uma nação. Segundo os autores, a análise conjunta dos dados dos prontuários deveria ser capaz de fornecer, por exemplo, informações desagregadas ou agregadas sobre pessoas atendidas, quais tratamentos foram realizados, quais formas terapêuticas tiveram resultados positivos, como os pacientes responderam e quanto custou cada forma de tratamento por procedimento ou cumulativamente para todos os procedimentos de um paciente, de grupos de pacientes ou de toda uma população.

“Estas informações agregadas e sistematizadas são necessárias para caracterizar o nível de saúde populacional e viabilizam a construção de modelos e políticas de atendimento e gestão das organizações de saúde” (MARIN et al, 2003: 02).

MAC EACHER (citado por MEZZOMO, 1982) afirma que “o prontuário do paciente é o pulso do hospital” e compara um hospital sem prontuários a um relógio sem ponteiros. Este documento tem grande valor para o paciente, para o médico,

para o hospital, para o ensino e pesquisa e serve de defesa e proteção para toda a equipe de saúde, que segundo o autor são:

“Para o paciente, é útil, porquanto, os dados contidos, possibilitam um atendimento, diagnóstico e tratamento mais rápido, eficiente e econômico, sempre que houver necessidade de reinternação ou transferência para os setores de outras especialidades. As anotações existentes podem dispensar ou simplificar interrogatório e exames complementares, reduzindo o custo do atendimento e o tempo de permanência no hospital. Representam, também, o grande instrumento de defesa, em caso de possíveis prejuízos perante o médico, o hospital e os poderes públicos.

Para o médico, o prontuário bem elaborado representa: um instrumento de grande valia para o diagnóstico definitivo e tratamento eficiente; um documento de maior valor para a defesa de sua atividade profissional; possibilita o médico legista fornecer laudos com toda segurança; e define a competência profissional dos integrantes do Serviço Médico.

Para o hospital, a existência de bons prontuários permite maior rotatividade de pacientes, baixando a média de permanência; reduz o custo indevido dos equipamentos e Serviços, evitando a repetição desnecessária de exames; o prontuário é o documento para sua maior defesa contra acusações; permite a qualquer tempo um conhecimento exato do tratamento feito e do resultado alcançado; demonstra o padrão de atendimento prestado ao hospital.

Para o ensino e a pesquisa possibilita o conhecimento de inúmeros casos com todas as variáveis antecedentes, concomitantes e conseqüentes da enfermidade; facilita o estudo diagnóstico e avaliação da terapêutica; é campo para pesquisa e fonte para os mais diversos dados estatísticos de incidência e prevalências, de morbidade e mortalidade; torna possível verificar e comparar as diferentes condutas terapêuticas; e permite estabelecer uma análise comparativa da eficiência profissional.

Para a equipe de saúde, (...) é instrumento bastante eficiente de intercomunicação, por meio do quais os profissionais se intercomunicam, fornecendo informações dentro da própria especialidade. Assim, o prontuário é grande fator de integração da equipe de saúde do hospital. (...). (MAC EACHER, citado por MEZZOMO, 1982, p. 246-248).

MARIN et al (2003), relata, ainda, que o prontuário do paciente possui as seguintes funções:

“Apoiar o processo de atenção à saúde, servindo como fonte de informação clínica e administrativa para a tomada de decisão e meio de comunicação compartilhado entre todos os profissionais; é o registro

legal das ações médicas; deve apoiar a pesquisa (estudos clínicos, epidemiológicos, avaliação da qualidade); deve promover o ensino e gerenciamento dos serviços fornecendo dados para cobranças e reembolso, autorização dos seguros, suporte para aspectos organizacionais e gerenciamento do custo”. (MARIN et al, 2003: 04).

4.5. Serviço de Registro das Informações em Saúde:

O prontuário do paciente é o centro das atividades de um setor de registro das informações em saúde. Várias são as denominações empregadas para este setor, como: Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), Documentação Científica, Documentação Técnica, Registros Hospitalares, Documentação Médica, Serviço de Registros e Informações em Saúde, entre outras.

Este setor é responsável pela abertura de prontuários, sua guarda adequada e segurança, coleta de dados, apuração e análise dos dados estatísticos, para demonstrar a qualidade e a quantidade dos serviços prestados pela instituição, assim como zelar pela memória da unidade de saúde, colaborar com o corpo clínico e usuários, facilitando o acesso às informações (EPSJV/FIOCRUZ, 1999).

“A concentração de todos os dados pertencentes à história clínica do paciente em um ou mais volumes e devidamente organizada e catalogada cronologicamente, atende plenamente a essas exigências, por constituírem os registros dos atos, fatos, ações e fenômenos realizados e observados durante o período em que o paciente esteve sob os cuidados médicos e paramédicos da instituição” (CAMPOS, 1988: 196).

O desenrolar de um sistema de registro e informações em saúde exige um conhecimento por parte da direção da entidade, do médico, do corpo clínico e do chefe do serviço, onde é:

“[...] necessário que todos estejam conscientizados para assumirem suas respectivas responsabilidades e trabalharem de maneira que possa garantir uma melhor atenção ao paciente, com conseqüente boa qualidade do serviço ao paciente” (CAMPO, 1988: 196).

4.6. Revisão de Prontuários:

Entre as atribuições de um Setor de Registro das Informações em Saúde está incluída a revisão de prontuários, pois por mais que seja recomendado o fiel e completo preenchimento dos prontuários, por ocasião da revisão muitos deles apresentam-se falhos e incompletos e sem as assinaturas dos responsáveis pelas anotações registradas (SOUNIS, 1993).

Na busca da garantia da qualidade dos prontuários de determinada unidade de saúde, criou-se a Comissão de Revisão de Prontuários. Esta é definida pela Resolução número 1638 de 2002 do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Anexo II), que dispõe sobre a organização, competência e responsabilidades da comissão de prontuários.

A Comissão de Revisão de Prontuários está encarregada de recomendar normas sobre o conteúdo dos formulários e seu preenchimento, em alguns estabelecimentos e avaliar a qualidade da atenção médica, por meio da análise qualitativa dos prontuários. Os membros da comissão de prontuários são designados pelo diretor da unidade de saúde e, em geral, são médicos de diferentes especialidades, enfermeiros e o chefe do Serviço de Registros e Informações em Saúde. (EPSJV/FIOCRUZ, 1999).

“A Comissão de Prontuários, na maioria das unidades de saúde, reúne-se uma vez por mês em horário e dia preestabelecidos. Em geral, nesta reunião, são discutidos assuntos referentes à revisão e cumprimento de normas, assim como problemas detectados nas análises qualitativas dos prontuários. A comissão deve propor normas sobre o conteúdo dos formulários, procedimentos para o preenchimento adequado e prazos para completar os prontuários. Uma vez aprovadas pelo diretor e corpo clínico de estabelecimento, estas normas devem ser distribuídas para todo o pessoal que participa na elaboração do prontuário do paciente.” (EPSJV/FIOCRUZ, 1999: 139).

MEZZOMO (1982) comenta que a Comissão de Prontuários, em geral, é encarada de forma negativa, sendo interpretada como um grupo fiscalizador ou controlador. Na verdade tem como objetivo fazer uma análise para: verificar o padrão do atendimento que vem sendo dado aos pacientes; apreciar os resultados das diferentes condutas terapêuticas aplicadas; analisar a eficiência do Serviço médico; sugerir medidas para a melhoria do padrão; orientar e não fiscalizar a atuação dos profissionais; analisar impressos e sugerir modificações; e levantar e propor parâmetros de resultados.

A comissão de prontuários interpreta o padrão de atendimento e a eficiência da equipe de saúde, com base aos parâmetros tidos como normais relativos à taxa ou porcentagem de ocupação, tempo médio de permanência, taxa de mortalidade, entre outros parâmetros. Os dados apurados pela Comissão de Prontuários podem ser levados ao conhecimento da direção da unidade de saúde, do corpo clínico e servir de material para estudo de casos e reuniões científicas.

MEZZOMO (1982) relata, ainda, que a direção de um hospital não tem responsabilidade apenas quanto ao padrão de atendimento, mas também quanto à eficiência da organização em si mesma, alegando que a comissão de prontuários é ao mesmo tempo segurança para o paciente, uma forma de controle para o corpo clínico, um instrumento de avaliação da qualidade dos profissionais para o hospital e uma fonte segura de pesquisa para a ciência.

4.7. Atribuições dos profissionais que registram no prontuário do paciente:

Como se trata de um instrumento de comunicação, o prontuário do paciente deve conter uma linguagem clara e concisa, evitando códigos pessoais, abreviaturas

não conhecidas, sinais de taquigrafia e, sobretudo, grafia ilegível, problema universal nos estabelecimentos de saúde (MEZZOMO, 1982; EPSJV/FIOCRUZ, 1999).

MEZZOMO (1982) considera as seguintes condições para um bom prontuário:

- Consciência da importância do documento: O ponto de partida para obter-se um bom prontuário é reconhecer a múltipla utilidade deste documento. Para tanto se faz necessário conscientizar todos os profissionais responsáveis, direta ou indiretamente, pela sua elaboração.
- Responsabilidade profissional: A falta de cuidado nas anotações referentes ao prontuário acarreta prejuízo geral para os funcionários, o ensino e a pesquisa, a unidade de saúde e o paciente.
- Descrição de rotinas: A apresentação escrita e bem detalhada da atividade de cada setor e das atribuições de cada profissional garante o adequado preenchimento do prontuário e a correção de seus dados.
- Clareza na escrita: A letra do médico é um problema universal e constitui uma reclamação em praticamente todas as unidades de saúde, o que dificulta o trabalho da enfermagem e dos demais componentes da equipe de saúde.

As anotações no prontuário devem ser feitas de forma legível, permitindo inclusive identificar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente. O médico está obrigado a elaborar o prontuário e escrever seu nome legível com respectiva inscrição no Conselho Regional de Medicina, de acordo com os seguintes artigos do Código de Ética Médica:

Artigo 69. É vedado ao médico deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente.

Artigo 39. É vedado ao médico receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar folhas em

branco de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos” (CFM, CEM).

O referido código refere-se também as condições de acesso ao prontuário e a obrigação dos profissionais que entram em contato com as informações nele contidas em segredo, segundo os artigos:

Artigo 70. É vedado ao médico negar ao paciente acesso ao seu prontuário, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias a sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros”

Artigo 71. É vedado ao médico deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento ou na alta, se solicitado.

Artigo 11. O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade” (CFM, CEM).

Para que o prontuário do paciente atenda aos objetivos a que se propõe, é necessário que durante sua elaboração pelos profissionais de saúde, algumas normas técnicas sejam satisfeitas (GOMES, 2001). De acordo com MEZZOMO (1988, citado por GOMES, 2001):

“Através de um prontuário preenchido com técnica e eficiência profissional, se pode elaborar um sem número de informações gerenciais, a partir das quais se define a qualidade do tratamento prestado, a seriedade na indicação terapêutica e o controle eficaz do padrão que se propôs” (MEZZOMO, 1988, citado por GOMES, 2001: 17).

4.8. Qualidade dos Registros:

Um dos grandes problemas no tocante ao prontuário do paciente é justamente a má qualidade dos dados que nele são registrados, pois, não raro, observa-se que estes dados inexistem ou estão ilegíveis e, que os profissionais que foram responsáveis por estas anotações não as assinam.

Alguns autores realizaram trabalhos e pesquisas com o intuito de verificar a qualidade com que os registros em saúde foram feitos, assim como verificaram que o sub-registro é um problema presente nas unidades de saúde brasileiras (MISHINA et al, 1999; CASTRO et al, 2003; MELO et al, 2004; CARVALHO et al, 1994; SCOCHI, 1994; LOTUFO & DUARTE, 1987, citado por SCOCHI, 1994; BERTOLLI FILHO, 1996; MODESTO et al, 1992; SCHRAMM & SZARCWALD, 2000).

Uma pesquisa realizada para comparar a consistência dos dados em declarações de nascimentos preenchidas em dez maternidades em Ribeirão Preto, São Paulo, em relação às informações coletadas e processadas pelo Departamento de Informática da Secretaria Municipal de Saúde, que recebe os dados do hospital, constatou que o fluxo de preenchimento das declarações de nascimento é heterogêneo entre os hospitais investigados e que a concordância é elevada entre as informações preenchidas pelos declarantes dos hospitais e aquelas coletadas dos prontuários maternos e neonatais e livros de registro de berçários. . (MISHINA et al, 1999).

Outro trabalho de comparação dos registros de saúde foi realizado em Minas Gerais, onde CASTRO et al (2003) compararam dados sobre homicídios em dois sistemas de informação. Analisaram-se os óbitos realizados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde e pela Polícia Militar (PMMG), no período de 1979 a 1998 e observou-se uma variação no registro das informações. A pesquisa constatou que nas cidades de menos de 100.000 habitantes, as informações de homicídios da PMMG são mais completas do que as do SIM/MS, enquanto que nas cidades de mais de 100.000 habitantes, o SIM/MS é capaz de recuperar mais eficientemente óbitos (CASTRO et al, 2003).

Neste sentido, a qualidade com que os registros são feitos é de fundamental importância para a unidade de saúde onde estes são realizados, assim como para toda uma rede de serviços de saúde, pois as informações contidas nos documentos hospitalares são utilizadas para a geração de indicadores e instrumentalizam a tomada de decisão dos gestores em diferentes níveis. O prontuário do paciente, neste contexto, representa o grande arsenal de informações em saúde e tem sido utilizado para análise da qualidade dessas informações e para verificar a eficácia do sistema de registro dessas informações.

4.8. Novas perspectivas no registro dos dados do paciente:

O progresso dos meios diagnósticos e terapêuticos, o aparecimento de especialidades clínicas e o crescimento dos aspectos tecnológicos da prática médica, em conjunto, respondem pelo rápido aumento da quantidade de dados, que se originam do paciente. Enormes quantidades de papel representam um grande volume de informações que são acrescentados aos prontuários dos pacientes das instituições de saúde, gerando considerável esforço para compilação, manutenção e recuperação desses prontuários (RODRIGUES, 1989).

O desenvolvimento de tecnologias e a utilização da informática contribuem para inúmeras transformações na prática dos registros de informações em saúde. Nesse sentido, o Conselho Federal de Medicina aprovou, em 2002, a Resolução número 1639 (Anexo II), dispondo sobre normas técnicas para o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio do prontuário do paciente e dá outras providências, com o intuito de melhorar o armazenamento desses dados.

SABBATINI (1998, citado por GOMES, 2001) comenta que a informática exerce um poder transformador que permite que um país acelere o seu desenvolvimento, queimando etapas e descreve alguns exemplos na área da saúde:

“[...] uma universidade virtual de ciências da saúde, que oferecerá muitos cursos on-line em todas as áreas de especialização e níveis de ensino; um sistema de prontuário médico (informações clínicas sobre os pacientes), unificado e padronizado, que funcione através de redes de computadores; [...] a telemedicina (transmissão de informações sobre pacientes, imagens, e a consulta médica à distância) é outra área extremamente procurada [...]” (SABBATINI, 1998, citado por GOMES, 2001).

Segundo WECHSLER (2003), a área de informática médica hoje dispõe de ferramentas e instrumentos que podem apoiar a organização administrativa da consulta médica, a captura, o armazenamento e o processamento das informações do paciente, a geração do diagnóstico, a orientação terapêutica e o acesso às informações, visando à melhora do conhecimento médico e a disponibilidade deste conhecimento onde e quando ele for necessário, para uma adequada tomada de decisão.

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) simboliza o resultado das ações e estudos da informática e das novas tecnologias em saúde no tocante aos registros das informações em saúde e pode ser entendido como um instrumento capaz de aumentar a qualidade de atendimento ao paciente e reduzir custos, através do quais gestores públicos têm melhores subsídios para a tomada de decisão na definição de padrões para a prestação de serviços em saúde (MOTTA, 2002).

O PEP é a denominação usual para o prontuário cuja forma de entrada de dados e a consulta é feita por meio eletrônico, representando um sistema informatizado que permite a entrada e resgate de dados sobre o paciente e os serviços a ele prestados pelas instituições de saúde (EPSJV/FIOCRUZ, 1999).

A EPSJV/FIOCRUZ (1999) cita as principais vantagens do PEP, como:

“Possibilitar o uso em rede, permitindo a consulta por vários profissionais, simultaneamente, até mesmo de diferentes instituições;

Facilitar e agilizar o acesso aos dados do paciente (consultando um terminal), com reflexos no atendimento ao paciente, estudos e pesquisas, controle de despesas, faturamento, produção de indicadores, etc.;

Diminuir a perda de registros e de ‘extravio de prontuário’;

Padronizar os registros, tornando-os mais completos e legíveis;

Controlar o uso dos recursos institucionais, com conseqüente melhoria no controle de estoques e disponibilidade desses recursos;

Diminuir o espaço físico ocupado pelos registros;

Propiciar maior versatilidade no uso da informação, possibilitada pelas diferentes formas de cruzamento dos dados e em grande quantidade” (EPSJV/FIOCRUZ, 1999).

No entanto, algumas dificuldades são encontradas na utilização do PEP como estabelecer padrões nos registros, a necessidade de investimento inicial para compra de equipamentos e implantação de programas, e treinamento de profissionais com conhecimento atualizado do uso dos novos recursos tecnológicos (EPSJV/FIOCRUZ, 1999).

CONCLUSÃO

O contexto do sistema de saúde brasileiro atual é o resultado de mudanças implantadas, em função da insatisfação da sociedade e das novas propostas políticas de saúde, possuindo como princípios a integralidade, equidade e universalidade, após anos de uma política exclusivista, centralizadora e segregadora.

Na gestão desse sistema, inúmeras são as propostas, métodos e alternativas administrativas, contando, ainda, com novos métodos como o de colegiado centrado em equipes de saúde, que podem ser utilizados para a melhoria da qualidade do sistema e dos serviços prestados.

As informações utilizadas para subsidiar a gestão do sistema, principalmente, àquelas coletadas pelos sistemas de informações, constituem uma grande base, que o gestor em saúde pode utilizar na tomada de decisões.

O prontuário do paciente constitui um elemento de grande valia para a gestão em saúde, pois as informações que nele são registradas permitem um maior conhecimento sobre a unidade ou organização em que se encontra.

No entanto, a utilização do prontuário como ferramenta gerencial envolve questões como a qualidade dos registros, pois na presença de dados completos, pode-se eficientemente realizar a gestão em saúde, o que nem sempre acontece nas unidades de saúde, onde comumente esses registros não recebem a devida atenção.

Nesse sentido, novas metodologias e serviços têm sido criados para melhorar esse processo como, por exemplo, que atuam justamente na verificação da

qualidade dos dados, assim como, o prontuário eletrônico do paciente, que agiliza o acesso a dados, diminui o espaço físico e padroniza os registros.

Embora este trabalho não tenha envolvido uma pesquisa de campo, constatou-se por meio desta análise teórica que a qualidade dos registros nos prontuários do paciente influi na gestão de uma unidade de saúde, pois as informações fidedignas podem ser utilizadas pelo gestor na tomada de decisão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A. L. da S. **Reforma dos Serviços de Saúde: um olhar sobre o Hospital Público de Betim**. Campinas, 1999. (Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas).

ABRAHÃO, A. L. da S. **Produção de Subjetividade e Gestão em Saúde: cartografias da gerência**. Campinas, 2004. (Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas).

ALBUQUERQUE, G. G. **(R)evolução no Gerenciamento de Informações**. Rio de Janeiro, 2001. (Monografia de conclusão do curso de Administração Hospitalar da EPSJV/FIOCRUZ).

BERTOLLI FILHO, C. Prontuários Médicos: fonte para o estudo da história social da medicina e da enfermidade. In: **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, 3:173-80.1996.

BISPO JÚNIOR, J. & GESTEIRA, I. L.; A ciência da informação e o controle social na área de saúde; In **Proceedings CINFORM - Encontro Nacional de Ciência da Informação V**, Salvador, Bahia, 2004.

BRANCO, M. A. F.; **Política Nacional de informação em saúde no Brasil: um olhar alternativo**. Rio de Janeiro, 2001. (Tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília, 1988.

BRASIL. **Lei 8080**. 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei 8142**. 24 de novembro de 1990. Brasília, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Departamento de Informação e Informática do SUS**. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acessado em: 27/11/05.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Disponível em <http://saude.gov.br> . Acessado em 27/11/05.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, Versão 2.0**. Disponível em: <http://saude.gov.br>. Acessado em 27/11/05.

CAMPOS, G. W. de S. “O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso”. In: **Cadernos de Saúde Pública**, 14:4, p.63-70, 1998.

CAMPOS, J. de Q.; Documentação Médica. In: MAUDONNET, R. B.; et al. **Administração Hospitalar**. 1ed. Rio de Janeiro: Cultura médica, 1988.

CARVALHO, M. S.; et al. “Demanda ambulatorial em três serviços da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil”. In: **Cadernos de Saúde Pública**, 10:1, p.17-29, 1994.

CASTRO, M. S. M. de; et al. “Comparação de dados sobre homicídios entre dois sistemas de informação, Minas Gerais.” In: **Revista de Saúde Pública**, 37:2, p.168-176, 2003.

CFM, **Código de Ética Médica**. Disponível em: <http://www.cfm.br/codetic.htm>. Acessado em:11/12/05.

CFM, **Resolução 1638/2002**. Disponível em <http://www.cfm.org.br>. Acessado em:11/12/05.

CFM, **Resolução 1639/2002**. Disponível em <http://www.cfm.org.br>. Acessado em:11/12/05.

EPSJV/FIOCRUZ (Org.) **Textos de Apoio em Registros de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

EPSJV/FIOCRUZ (Org.) **Textos de Apoio em Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

FERNADES DA SILVA, S.; **A Construção do SUS a partir do município**. São Paulo: Hucitec, 1996.

FERREIRA, A. B. de H. **Minidicionário da Língua portuguesa**. 3ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FRACOLLI, L. A. & EGRY, E. Y. “Processo de trabalho de gerência: instrumento para operar mudanças nas práticas de saúde?”. In: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 9:5. p.13-18, 2001.

GOMES, Denise da Silva. “**Pesquisa: A Qualidade dos Registros nos Prontuários do Paciente**”. Março, 2001. In:mimeo.

GUIMARÃES, E. M. P. & ÉVORA, Y. D. M. “Sistema de Informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência”. In: **Ciência da Informação**, 33:1, p.72-80, 2004.

MARIN, H. de F., et al. Prontuário Eletrônico do Paciente: definições e conceitos. In: MASSAD, E.; et al. **O prontuário Eletrônico do Paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: H. de F. Marin, 2003.

MELO, E. C. P.; et al. “Qualidade dos dados sobre óbitos por infarto agudo do miocárdio, Rio de Janeiro”. In: **Revista de Saúde Pública**, 38:3, p.385-391, 2004.

MEZZOMO, Augusto Antonio. **O Prontuário e a Estatística no Controle de Qualidade**. São Paulo, 16-18 de novembro de 1988. (Tema apresentado no IV Congresso Brasileiro de Medicina de Grupo e Latino Americano de Medicina Integral)

MEZZOMO, Augusto Antonio. **Serviço de Prontuário do Paciente: organização e técnica**. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração em Saúde, p.245-318, 1982.

MISHIMA, F. C.; et al. “Declaração de nascido vivo: análise do seu preenchimento no Município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil”. In: **Cadernos de Saúde Pública**, 15:2, p.387-395, 1999.

MODESTO, M. G.; et al. “Reforma sanitária e informação em saúde: avaliação dos registros médicos em um distrito sanitário de Salvador, Bahia”. In: **Cadernos de Saúde Pública**, 8:1, p.62-68, 1992.

MORAES, I. H. S. ; **Informações em saúde: da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania**. HUCITEC/ABRASCO. São Paulo, Rio de Janeiro, 1994.

MORAES, I. H. S. ; **Política, tecnologia e informação em saúde**. Salvador, Bahia: Casa da Qualidade Editora: 2002.

MOTTA, Gustavo Henrique Matos Bezerra. **Um modelo de autorização contextual para o controle de acesso ao prontuário eletrônico do paciente em ambientes abertos e distribuídos**. São Paulo, 2004. (Tese de doutorado, Escola Politécnica de São Paulo)

MOTTA, P. R. **Gestão Contemporânea: a arte e a ciência de ser dirigente**. 6ed. Rio de Janeiro: Record, 1995.

RODRIGUES, R. J.; Aplicações do processamento de dados na prática clínica e na pesquisa biomédica. In: GONÇALVES, E. L. (org); **O hospital e a visão contemporânea**. 2ed. São Paulo: Pioneira, 1989.

OGUISSO, Taka. **Os aspectos legais da anotação de enfermagem no prontuário do paciente**. (Tese de docência livre, Escola de Enfermagem Ana Néri da Universidade Federal do Rio de Janeiro)

SANTOS, S. R. dos; et al. “O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário”. In: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 11:1, 2003.

SCOCHI, Maria José. “Indicadores da Qualidade dos Registros e da Assistência Ambulatorial em Maringá, Paraná, Brasil, 1991: um exercício de avaliação”. In: **Cadernos de Saúde Pública**, 10:3, p. 356-367, 1994.

SCHRAMM, J. M. A. & SZWARCOWALD, C. L. “Sistema hospitalar como fonte de informações para estimar a mortalidade neonatal e a natimortalidade”. In: **Revista de Saúde Pública**, 34:3, p.272-279, 2000.

SILVA, I. G. **Controle Social no SUS: uma questão de cidadania**. São Luís: Cartilha do Instituto do Homem, v. 1, p. 15-20, 1992.

SOUNIS, Emílio. **Organização de um Serviço de Arquivo Médico e Estatística: SAME**. São Paulo: Ícone, 1993, p.54-64.

STUMPF, M. K.; et al. **A gestão da informação em um hospital universitário: em busca da definição do conteúdo do “prontuário essencial” do hospital de clínicas de Porto Alegre**. Rio Grande do Sul, 1996. (Dissertação de mestrado, Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

ULMANN, G. W. **Administração: das teorias administrativas à administração aplicada e contemporânea**. São Paulo: FTD, 1997.

WECHSLER, R.; et al. “A informática no consultório médico”. In: **Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro**, 79:1, 2003.

ANEXO I

RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002

"Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde".

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal;

CONSIDERANDO que compete à instituição de saúde e/ou ao médico o dever de guarda do prontuário, e que o mesmo deve estar disponível nos ambulatórios, nas enfermarias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional;

CONSIDERANDO que as instituições de saúde devem garantir supervisão permanente dos prontuários sob sua guarda, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas;

CONSIDERANDO que para o armazenamento e a eliminação de documentos do prontuário devem prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica;

CONSIDERANDO a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002.

RESOLVE:

Art. 1º - Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 2º - Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;

À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;

À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art. 3º - Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 4º - A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

Art. 5º - Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;

Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história

clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Art. 6º - A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Art. 7º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 10 de julho de 2002

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE RUBENS DOS SANTOS SILVA

Presidente Secretário-Geral

ANEXO II

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.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitado por ele ou seu representante legal, permitam o fornecimento de cópias autênticas das informações a ele pertinentes;

CONSIDERANDO o teor da Resolução CFM nº 1.605/2000, que dispõe sobre o fornecimento das informações do prontuário à autoridade judiciária requisitante;

CONSIDERANDO que o sigilo profissional, que visa preservar a privacidade do indivíduo, deve estar sujeito às normas estabelecidas na legislação e no Código de Ética Médica, independente do meio utilizado para o armazenamento dos dados no prontuário, seja eletrônico ou em papel;

CONSIDERANDO o volume de documentos armazenados pelos estabelecimentos

de saúde e consultórios médicos em decorrência da necessidade de manutenção dos prontuários;

CONSIDERANDO os avanços da tecnologia da informação e de telecomunicações, que oferecem novos métodos de armazenamento e de transmissão de dados;

CONSIDERANDO a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 1.638/2002, de 10 de julho de 2002, que define prontuário médico e cria as Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", anexas à esta resolução, possibilitando a elaboração e o arquivamento do prontuário em meio eletrônico.

Art. 2º - Estabelecer a guarda permanente para os prontuários médicos arquivados eletronicamente em meio óptico ou magnético, e microfilmados.

Art. 3º - Recomendar a implantação da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos em todas as unidades que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos de prontuários médicos, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileira (a Resolução CONARQ nº 7/97, a

NBR nº 10.519/88, da ABNT, e o Decreto nº 4.037/2002, que regulamenta a Lei de Arquivos – Lei nº 8.159/91).

Art. 4º - Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários médicos em suporte de papel.

Parágrafo único – Findo o prazo estabelecido no *caput*, e considerando o valor secundário dos prontuários, a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, após consulta à Comissão de Revisão de Prontuários, deverá elaborar e aplicar critérios de amostragem para a preservação definitiva dos documentos em papel que apresentem informações relevantes do ponto de vista médico-científico, histórico e social.

Art. 5º - Autorizar, no caso de emprego da microfilmagem, a eliminação do suporte de papel dos prontuários microfilmados, de acordo com os procedimentos previstos na legislação arquivística em vigor (Lei nº 5.433/68 e Decreto nº 1.799/96), após análise obrigatória da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 6º - Autorizar, no caso de digitalização dos prontuários, a eliminação do suporte de papel dos mesmos, desde que a forma de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça à norma específica de digitalização contida no anexo desta resolução e após análise obrigatória da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 7º - O Conselho Federal de Medicina e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), mediante convênio específico, expedirão, quando solicitados, a certificação dos sistemas para guarda e manuseio de prontuários eletrônicos que estejam de acordo com as normas técnicas especificadas no anexo a esta

resolução.

Art. 8º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º - Fica revogada a Resolução CFM nº 1.331/89 e demais disposições em contrário.

Brasília-DF, 10 de julho de 2002

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE RUBENS DOS SANTOS SILVA

Presidente Secretário-Geral

NORMAS TÉCNICAS PARA O USO DE SISTEMAS INFORMATIZADOS PARA A GUARDA E MANUSEIO DO PRONTUÁRIO MÉDICO

Integridade da Informação e Qualidade do Serviço – O sistema de informações deverá manter a integridade da informação através do controle de vulnerabilidades, de métodos fortes de autenticação, do controle de acesso e métodos de processamento dos sistemas operacionais conforme a norma ISO/IEC 15408, para segurança dos processos de sistema.

Cópia de Segurança – Deverá ser feita cópia de segurança dos dados do prontuário pelo menos a cada 24 horas. Recomenda-se que o sistema de informação utilizado possua a funcionalidade de forçar a realização do processo de cópia de segurança diariamente. O procedimento de *back-up* deve seguir as recomendações da norma ISO/IEC 17799, através da adoção dos seguintes controles:

Documentação do processo de *backup/restore*;

As cópias devem ser mantidas em local distante o suficiente para livrá-las de danos que possam ocorrer nas instalações principais;

Mínimo de três cópias para aplicações críticas;

Proteções físicas adequadas de modo a impedir acesso não autorizado;

Possibilitar a realização de testes periódicos de restauração.

Bancos de Dados – Os dados do prontuário deverão ser armazenados em sistema que assegure, pelo menos, as seguintes características:

Compartilhamento dos dados;

Independência entre dados e programas;

Mecanismos para garantir a integridade, controle de conformidade e validação dos dados;

Controle da estrutura física e lógica;

Linguagem para a definição e manipulação de dados (SQL – *Standard Query Language*);

Funções de auditoria e recuperação dos dados.

Privacidade e Confidencialidade – Com o objetivo de garantir a privacidade, confidencialidade dos dados do paciente e o sigilo profissional, faz-se necessário que o sistema de informações possua mecanismos de acesso restrito e limitado a cada perfil de usuário, de acordo com a sua função no processo assistencial:

Recomenda-se que o profissional entre pessoalmente com os dados assistenciais do prontuário no sistema de informação;

A delegação da tarefa de digitação dos dados assistenciais coletados a um profissional administrativo não exime o médico, fornecedor das informações, da sua responsabilidade desde que o profissional administrativo esteja inserindo estes dados por intermédio de sua senha de acesso;

A senha de acesso será delegada e controlada pela senha do médico a quem o profissional administrativo está subordinado;

Deve constar da trilha de auditoria quem entrou com a informação;

Todos os funcionários de áreas administrativas e técnicas que, de alguma forma, tiverem acesso aos dados do prontuário deverão assinar um termo de confidencialidade e não-divulgação, em conformidade com a norma ISO/IEC

17799.

Autenticação – O sistema de informação deverá ser capaz de identificar cada usuário através de algum método de autenticação. Em se tratando de sistemas de uso local, no qual não haverá transmissão da informação para outra instituição, é obrigatória a utilização de senhas. As senhas deverão ser de no mínimo 5 caracteres, compostos por letras e números. Trocas periódicas das senhas deverão ser exigidas pelo sistema no período máximo de 60 (sessenta) dias. Em hipótese alguma o profissional poderá fornecer a sua senha a outro usuário, conforme preconiza a norma ISO/IEC 17799. O sistema de informações deve possibilitar a criação de perfis de usuários que permita o controle de processos do sistema.

Auditoria – O sistema de informações deverá possuir registro (*log*) de eventos, conforme prevê a norma ISO/IEC 17799. Estes registros devem conter:

A identificação dos usuários do sistema;

Datas e horários de entrada (*log-on*) e saída (*log-off*) no sistema;

Identidade do terminal e, quando possível, a sua localização;

Registro das tentativas de acesso ao sistema, aceitas e rejeitadas;

Registro das tentativas de acesso a outros recursos e dados, aceitas e rejeitadas.

Registro das exceções e de outros eventos de segurança relevantes devem ser mantidos por um período de tempo não inferior a 10 (dez) anos, para auxiliar em investigações futuras e na monitoração do controle de acesso.

Transmissão de Dados – Para a transmissão remota de dados identificados do

prontuário, os sistemas deverão possuir um certificado digital de aplicação única emitido por uma AC (Autoridade Certificadora) credenciada pelo ITI responsável pela AC Raiz da estrutura do ICP-Brasil, a fim de garantir a identidade do sistema.

Certificação do *software* – A verificação do atendimento destas normas poderá ser feita através de processo de certificação do *software* junto ao CFM, conforme especificado a seguir.

Digitalização de prontuários - Os arquivos digitais oriundos da digitalização do prontuário médico deverão ser controlados por módulo do sistema especializado que possua as seguintes características.

Mecanismo próprio de captura de imagem em preto e branco e colorida independente do equipamento *scanner*;

Base de dados própria para o armazenamento dos arquivos digitalizados;

Método de indexação que permita criar um arquivamento organizado, possibilitando a pesquisa futura de maneira simples e eficiente;

Mecanismo de pesquisa utilizando informações sobre os documentos, incluindo os campos de indexação e o texto contido nos documentos digitalizados, para encontrar imagens armazenadas na base de dados;

Mecanismos de controle de acesso que garantam o acesso a documentos digitalizados somente por pessoas autorizadas.

CERTIFICAÇÃO DOS SISTEMAS INFORMATIZADOS PARA A GUARDA E MANUSEIO DO PRONTUÁRIO MÉDICO

Todas as pessoas físicas, organizações ou empresas desenvolvedoras de sistemas informatizados para a guarda e manuseio do prontuário médico que desejarem obter a certificação do CFM e da SBIS deverão cumprir os seguintes passos:

Responder e enviar, via Internet, o questionário básico, disponível na página do

CFM: <http://www.cfm.org.br/certificacao>;

O questionário remetido será analisado pelo CFM/SBIS, que emitirá um parecer inicial aprovando ou não o sistema proposto. Este parecer será enviado, via Internet, ao postulante;

Caso aprovado, os sistemas de gestão de consultórios e pequenas clínicas (sistemas de menor complexidade) deverão ser encaminhados à sede do CFM para análise. Os sistemas de gestão hospitalar ou de redes de atenção à saúde (sistemas de maior complexidade) que não possam ser enviados serão analisados "*in loco*" (sob a responsabilidade do CFM/SBIS);

O processo de avaliação consistirá na análise do cumprimento das normas técnicas acima elencadas. A aprovação do sistema estará condicionada ao cumprimento de todas as normas estabelecidas;

Em caso de não-aprovação do sistema, serão especificados os motivos para que as reformulações necessárias sejam encaminhadas;

Uma vez aprovado o sistema na versão analisada, além do documento de certificação o CFM e a SBIS emitirão um selo digital de qualidade que poderá ser incorporado na tela de abertura do sistema;

A tabela de custos para o processo de certificação dos sistemas de informação de prontuário eletrônico encontra-se disponível no site <http://www.cfm.org.br/certificacao>;

A certificação deverá ser revalidada a cada nova versão do sistema, seguindo os mesmos trâmites anteriormente descritos.