



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde

AS TECNOLOGIAS EM FAVOR DA HUMANIZAÇÃO: UMA PROPOSTA PARA O CENTRO DE SAÚDE MODELO

Janaina Sbroglia

Orientadores: Maria Cristina Soares Guimarães
Marco Antônio Fisch

Porto Alegre, 2008

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INFORMAÇÃO CIENTÍFICA
E TECNOLÓGICA EM SAÚDE – ICTS

**AS TECNOLOGIAS EM FAVOR DA HUMANIZAÇÃO:
UMA PROPOSTA PARA O CENTRO DE SAÚDE MODELO**

JANAINA SBROGLIO

Nutricionista do Centro de Saúde Modelo
Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
Prefeitura Municipal de Porto Alegre

Orientadores: Maria Cristina Soares Guimarães

Marco Antonio Fisch

Projeto para fins de conclusão do curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Parceria da Fundação Oswaldo Cruz com o Grupo Hospitalar Conceição.

Porto Alegre, 2008

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	3
2 OBJETIVOS.....	7
2.1 Objetivo Geral	7
3 JUSTIFICATIVA E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	8
4 METODOLOGIA.....	16
5 CRONOGRAMA	18
6 ORÇAMENTO.....	19
REFERÊNCIAS	20
ANEXO I.....	23
ANEXO II	25

INTRODUÇÃO

A temática humanização do atendimento em saúde, uma das principais bandeiras do Sistema Único de Saúde – SUS traz, em sua concepção, um modelo de atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, e a participação social do usuário, e coloca em cena um projeto político de saúde centrado numa relação harmônica e solidária entre provedores e usuários da saúde. O compromisso social com a saúde e com a qualidade de vida demanda, assim, a revisão das práticas de gestão cotidianas, e um pensar por sobre a atuação profissional onde estão tecidas relações de saberes e poderes. A criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do profissional de saúde e do usuário é, portanto, fundamental.

Estudiosos da humanização apontam para muitos aspectos considerados "desumanizantes" na atenção à saúde, várias deles relacionados a falhas no atendimento e nas condições de trabalho. No Brasil, desde a Constituição Federal de 1988 é preconizado o atendimento integral à saúde. Dentre as várias perspectivas possíveis de análise do conceito de integralidade, uma delas aponta para o imperativo de não considerar a pessoa como um "amontoado de partes que adoecem", mas como um todo e, que este todo faz parte de uma sociedade, onde as ações de saúde devem estar voltadas ao mesmo tempo para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento, respeitando a dignidade humana.

Entretanto, no modelo atual de atendimento, o corpo humano é, majoritariamente considerado como uma máquina que pode ser analisada em suas peças constituintes, enquanto a doença é vista como um mau funcionamento dos "mecanismos biológicos". Não causa surpresa, portanto, que o profissional da saúde traga uma tendência a ter seu foco de atuação no "mecanismo enguiçado", intervindo física ou quimicamente, e minimizando um olhar sobre o todo (CAPRA, 1997).

De fato, a medicina contemporânea, pautada pelo sistema biomédico, segue em direção a uma progressiva cientificidade, compartimentalização do conhecimento e sofisticação tecnológica, o que apresenta efeitos positivos e negativos. Importantes avanços são considerados, como a ampliação do poder de diagnose, a maior precocidade da intervenção terapêutica. Porém, esta medicina tem apresentado evidentes limites, tais como: uma excessiva segmentação do paciente em órgãos e funções, um intervencionismo exagerado aliado ao encarecimento dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e,

principalmente, uma desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento, o que não contempla todas as necessidades do doente (AYRES, 2005). Uma das principais conseqüências dessa especialização do conhecimento e medicalização da saúde é a compartimentalização da informação, por vezes com o uso de tecnologias e linguagens próprias, que acabam por inviabilizar uma visão integral da situação.

A tecnologia, junto com falhas no atendimento e nas condições de trabalho, formam um tripé importante nos quesitos que despontam como fator de desumanização do atendimento. Existe um volume considerável de literatura que apontam para as falhas na organização do atendimento como, por exemplo, as longas esperas e adiamentos de consultas e exames, ausência de regulamentos, normas e rotinas, deficiência de instalações e equipamentos, além de problemas na estrutura física. De igual forma, existem referências à humanização em saúde relacionando-a à questão da tecnologia, ora contrapondo-as ora conciliando-as. Na medida em a humanização é vista somente como atividade de caridade, a tecnologia apresenta-se potencialmente como amplificadora da distância entre o profissional de saúde e os usuários.

Entretanto, a tecnologia pode ser compreendida de forma ampliada: aquela representada por máquinas e aparelhos (*tecnologia dura*); aquela que engloba o saber profissional que pode ser estrutura e protocolizado (*tecnologia leve-dura*) e a *tecnologia leve* que se refere à cumplicidade, à responsabilização e ao vínculo manifestados na relação entre usuário e trabalhador de saúde (MEYER, 2002).

É na interface entre as tecnologias leve-dura e a humanização que está o foco da presente proposta de pesquisa.

O contexto de estudo é o Centro de Saúde Modelo de Porto Alegre / RS, que presta atendimento de saúde básica (pediatria, clínica, ginecologia e nutrição) a moradores de sua área de atuação e abrangência, no distrito Centro; além de oferecer algumas especialidades – cardiologia, homeopatia, psiquiatria, psicologia, fisiologia e neurologia – para a população de toda a cidade. Porém, mesmo possuindo uma demanda muito grande, este Centro de Saúde não conta com um serviço de prontuários unificados e padronizados nem mesmo nos atendimentos de saúde básica, representando uma grande perda da qualidade dos serviços prestados.

A unificação e informatização dos prontuários utilizados no atendimento da saúde básica do Centro de Saúde Modelo, onde diversos profissionais atendem o mesmo usuário, é,

portanto, uma medida imprescindível para evitar que este usuário seja avaliado em partes ou órgãos. Com essa perspectiva, reforça-se a humanização do atendimento, buscando uma desburocratização e um “desembrutecimento” das relações interpessoais, sejam elas entre profissionais ou com os usuários.

Com a medida de unificação, alinha-se com o princípio da integralidade e uma maior humanização do atendimento aos usuários que utilizam o serviço. E com a informatização busca-se maior agilidade, qualidade, eficiência e menores desperdícios durante os atendimentos. Isto porque, no contexto atual, a maioria dos profissionais da saúde buscam no doente apenas a doença, a fim de combatê-la com fármacos específicos, o que, muitas vezes, confunde a cura com o alívio ou eliminação dos sintomas físicos.

No Brasil, as ações e serviços de saúde já motivaram inúmeras pesquisas, sempre se buscando uma função humanizadora dessas ações e serviços, das quais a unificação dos prontuários fazem parte. Sendo assim, defende-se que o sistema deve, prioritariamente, deslocar o foco de sua atenção da relação apenas médico/paciente, ou seja, a necessidade deve ser centrada no sistema, envolvendo, principalmente, os aspectos de cuidados e de resolução dos problemas.

Busca-se um modelo de sistema dinâmico, em constante aprimoramento e com maior agilidade. A proposta, então, procura colocar as tecnologias em favor da saúde, proporcionando uma nova forma no atendimento e facilitando a coleta e o armazenamento das informações. As informações poderão ser tratadas e disseminadas de maneira confiável e com maior agilidade. A base teórica do projeto está na interface entre a Saúde e as Ciências da Informação, aqui incluída a tecnologia.

A informação é imprescindível para a interpretação de eventos em um contexto de transmissão de conhecimentos, conduzindo à melhor compreensão das situações e fatos. Precondição para isso é o devido tratamento dos dados, quando registrados, classificados e organizados de forma adequada, através de um sistema de informação que é composto por equipamentos, pessoas, procedimentos, documentos e comunicações que irão coletar, transformar, armazenar e apresentar dados a serem utilizados para os mais diversos fins.

Segundo Branco (1996 p.165),

a informação em saúde é aquela produzida com o objetivo de identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para a análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento. Envolve tanto aquelas relativas ao processo saúde/doença, quanto às de caráter administrativo, todas essenciais para a tomada de

decisão. O sistema de informação em saúde, por sua vez, é um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados.

A necessidade de obtenção de informações em saúde de maneira confiável e ágil é algo fundamental para o funcionamento do sistema, tanto que, nas propostas preliminares da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde é sugerido que a “informação e a informática em saúde sejam tratadas como macro função estratégica de gestão do Sistema Único de Saúde” e, dessa maneira, tendo por objetivo “romper a visão meramente instrumental deste campo, o que é essencial para o contínuo aperfeiçoamento da política de saúde no país” (BRASIL, 2003, p.7).

A unificação dos prontuários deverá, por certo, proporcionar uma melhor organização da informação, propiciando agilidade e eficiência no acesso à mesma. E a informatização dos prontuários deverá trazer uma maior qualidade e agilidade no atendimento e assistência ao usuário.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Integrar as informações no atendimento aos usuários que utilizam o serviço de saúde básica do Centro de Saúde Modelo por meio da unificação e informatização dos prontuários utilizados pelos diferentes profissionais.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os diferentes prontuários atualmente em uso no Centro;
- Analisar o universo de variáveis e identificadores usados em cada prontuário;
- Propor uma padronização terminológica para uso em um único prontuário;
- Propor o desenvolvimento de um sistema informatizado para implantação de prontuário unificado para o Centro de Saúde Modelo.

3 JUSTIFICATIVA E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Ao refletir e buscar compreender uma maneira de melhorar as ações implantadas no cotidiano, bem como a forma de possíveis intervenções que resultem na melhoria do atendimento às pessoas que acessam o serviço de saúde, alavancaram o propósito deste projeto.

Diversas políticas vêm sendo formuladas com o intuito de buscar um fazer saúde cujo doente exerça prioridade sobre a doença, e que se consiga conciliar acolhimento, humanização e resolubilidade nos atendimentos, a fim de que as ciências de saúde se aproximem das subjetividades individuais e sociais.

O Centro de Saúde Modelo registra a história dos cuidados com a saúde dos porto-alegrenses há quase 70 anos. No início, este Centro era utilizado para o controle da tuberculose e da varíola. Havia toda uma estrutura adequada para o recebimento de pacientes portadores dessas doenças, com salas de espera adequadas, laboratório, consultórios e cozinha com preparo de mamadeiras para os subnutridos que passaram a formar a população das favelas. Os Centros de Saúde sempre representaram muito para seus usuários e para toda a comunidade. Sendo assim, pode se deduzir que como este Centro, em especial, foi crescendo de maneira rápida e até desordenada, houve desde o início uma compartimentalização dos dados registrados sobre o atendimento aos seus pacientes.

O processo compartimentalizado de anotações pessoais de cada profissional se estende até a atualidade, apesar de ser um consenso entre os trabalhadores de que desta maneira não estamos tratando do usuário como um todo, não desenvolvemos um trabalho multiprofissional nem acolhemos o paciente adequadamente, pois o vimos como aquela parte do corpo que está doente. Além de fazermos trabalhos dobrados e gastarmos mais recursos que poderiam ser utilizados na melhoria de nossos serviços.

Quando um paciente acessa algum dos serviços prestados na unidade, é aberto para ele um prontuário de papel, que é armazenado em fichários da recepção da especialidade acessada, exemplo: clínica médica. Ao ser encaminhado a outro serviço, por exemplo, à ginecologia, lá na recepção da mesma é aberto outro prontuário, sem levar em consideração o já existente na clínica. Assim este mesmo usuário já tem no mesmo serviço, dois prontuários diferentes, que em momento algum são utilizados para cruzar informações. Com isso, é dificultada a busca pela integralidade do paciente, aumentam as dificuldades de acesso a dados importantes sobre o indivíduo e há uma perda de tempo e uma duplicação de esforços.

Sem contar a mão de obra que é utilizada pelos técnicos de enfermagem que fazem tarefas de auxiliares administrativos e o aumento dos custos e redução da eficácia na busca pela saúde, desumanizando o sistema e conseqüentemente o atendimento aos usuários do mesmo.

Também, analisando o texto de Casate e Correa (2005), podemos concluir que a humanização nos atendimentos em saúde mostra-se relevante no contexto atual, pois um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência e a equidade, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário. A mecanização e a burocratização excessiva do trabalho, com ênfase na realização de tarefas fragmentadas, perdendo de vista o paciente em sua totalidade, é não observar cada pessoa em sua individualidade, em suas necessidades específicas, reduzindo as possibilidades de exercer sua autonomia.

Ainda utilizando o texto das autoras acima citadas, pode-se ressaltar que a tecnologia e a humanização podem ser conciliadas, não existindo antagonismo entre ciência e ideal, entre humanização e racionalidade. Portanto, deve-se procurar crescente adequação da ciência ou racionalidade como meio para se atingir um mundo cada vez mais humano. Além disso, a tecnologia pode ser compreendida de uma forma ampliada, representada por máquinas, pelo conhecimento profissional e pela cumplicidade, à responsabilização e ao vínculo manifestados na relação entre os trabalhadores e os usuários do sistema de saúde.

Diante do modelo de saúde vigente, há a necessidade de expansão para um sistema capaz de reinstituí-lo, levando em consideração determinantes sociais, o que implicaria dizer que, os bens de cura em circulação não são apenas materiais, mas também simbólicos; que a cura se faz por remédios, mas também por afetos, reconhecimentos e acolhimentos. Que a cura é um processo que se refere ao corpo físico, mas igualmente ao corpo social e, mediante esse, dirige-se às representações psíquicas e emocionais dos indivíduos e grupos (MARTINS, 2003).

Dentro desta realidade, o objetivo maior da saúde coletiva não é exclusivamente “representar”, “medir”, “calcular” e/ou “comparar”, mas também “intervir”, isto é, criar estratégias concretas que permitam otimizar os sistemas e serviços de saúde (HACKING, 1996).

A prática de cada profissional utilizar suas próprias anotações, individualizadamente, nos mostra uma postura desumanizadora onde os usuários são reduzidos a objetos a serem manipulados, com menor entendimento de cada profissional sobre seu problema ou doença,

sem ser visto na sua totalidade, caracterizando a desumanização que combina problemas estruturais com posturas alienadas e burocratizadas dos operadores.

Florence enfatizava a importância de se ter o interagente como foco principal do tratamento. Via o indivíduo como um ser composto por componentes físicos, intelectuais, emocionais, sociais e espirituais; possuidor de um poder vital reparador para lidar com as diversas enfermidades. Ressaltava também a relevância de ações de preservação da saúde, prevenção de doenças, e um adequado treinamento e disciplina do caráter pessoal dos profissionais da saúde, assim como suas aptidões (NASH, 1997).

O fenômeno da cura em sua totalidade estará excluído das ciências da saúde enquanto esta se limitar a uma estrutura conceitual que não permita lidar com a interação de corpo, mente e meio ambiente. É necessária uma visão integralista também entre os profissionais, que se ocupam do tratamento do corpo, assim como com os psiquiatras, psicólogos e demais profissionais que cuidam do tratamento da mente, para que assim se compreendam os papéis dos estados emocionais no curso das doenças físicas.

O modo de atendimento realizado atualmente na saúde básica do Centro de Saúde Modelo está caracterizado pelo tratamento de partes do corpo do indivíduo, que é avaliado por cada profissional, com suas anotações e diagnósticos próprios, em prontuários no papel, não padronizados, que não são discutidos ou sequer conhecidos por seus colegas de serviço que também cuidam deste indivíduo, caracterizando assim a desintegração da equipe cuidadora e demora na troca de informações ou dados destes pacientes.

Para ilustrar esta situação poderia ser citado MERHY (2005) “o usuário é considerado como um portador de necessidade/fragmento, isto é, ele é visto como um objeto, como um corpo ou parte de um corpo com problemas biológicos, como um ser sem subjetividade, sem intenções, sem vontades, sem desejos”.

O Sistema Único de Saúde é preconizado pela Constituição de 1988. Nesta é decretado que a saúde é direito de todos e dever do Estado. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, sendo que estas integram uma rede regionalizada e hierarquizada, o que constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral (com prioridade para as atividades preventivas) e participação da comunidade (SÍTIO MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Baseado nas diretrizes citadas acima, e na crise vivenciada pela saúde devido às atitudes referentes às práticas dos profissionais da saúde (perda e deterioração da relação profissional-usuário, e objetivação dos últimos), incapacidade da medicina tecnológica e fragmentada para resolver muitos dos problemas de saúde (assim como um excessivo foco na

doença em detrimento do doente), o SUS busca a construção de um modelo que venha a substituir a visão meramente assistencialista das práticas de saúde.

Além disso, o Sistema Único de Saúde propõe-se a trabalhar com um conceito mais abrangente de saúde, quando afirma que é dever do Estado garantir a saúde “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos”. Esta afirmação contempla de forma explícita, o reconhecimento da multicausalidade e de determinação social, econômica e política do processo saúde-doença (CORDEIRO, 1991).

Em busca disso, atualmente tem se problematizado o processo de educação dos profissionais de saúde em relação ao fato de ser hegemônica a abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. Neste contexto, surge a necessidade de profissionais de saúde com uma formação que contemple o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde.

Devido a um currículo baseado em aprendizados excessivamente voltados ao laboratório e ao hospital, adeptos da medicina integral, concebem a atitude reducionista e fragmentária de alguns profissionais como produzida nas escolas médicas (MATTOS, 2001).

Para a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos no SUS (NOB/RH-SUS), instrumento originário do Conselho Nacional de Saúde e consolidado pela 11ª Conferência Nacional de Saúde, o setor da saúde requer a formação de pessoal específico, que disponha de domínio tanto de tecnologias para a atenção individual de saúde, como para a saúde coletiva. Para a NOB/RH-SUS, a qualidade da atenção à saúde está relacionada com a formação dos profissionais, e a formulação de políticas está relacionada com a proposição de propostas de formação de novos perfis profissionais (CECCIM e FEUERWEKER, 2004).

Os profissionais de saúde devem buscar em sua prática a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora, o que lhes possibilita tornarem-se mais responsáveis pelos resultados das ações de atenção à saúde. Assim como, mais capazes de acolher, estabelecer vínculos e dialogar com outras dimensões do processo saúde-doença (MERHY, 1998; CAMPOS, 1994).

O Sistema Único de Saúde apresenta grande ênfase na promoção da saúde, o que contempla articulações intersetoriais, inserção de novos cenários, sujeitos e linguagens na cena da assistência, porém isso será contemplado, no caso dos atendimentos no Centro de Saúde Modelo, quando nos propormos a trabalhar com três diretrizes principais, que devem ser: o acolhimento, a integralidade do usuário e a tecnologia da informação a nosso favor.

Segundo Solla (2005, p.495),

'acolhimento' significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. Diz respeito, ainda, à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema. Por conseqüência, o acolhimento deve garantir a resolubilidade, que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário. A responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento dito, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária. Acolhimento implica em integração horizontal e vertical no sistema de saúde criando mecanismos que permitam identificar e acionar os recursos necessários para dar resposta adequada a cada ordem de problema identificado. Dessa forma a incorporação da proposta do acolhimento pode contribuir para a efetiva responsabilização clínica e sanitária por parte do sistema de saúde e construir vínculos entre usuários e trabalhadores.

Integralidade é um termo polissêmico que está presente em diferentes contextos. É um princípio orientador das práticas dos profissionais de saúde (determinando-se o que se considera uma boa prática), dos atributos da organização dos serviços e das respostas governamentais aos problemas de saúde. Dentro dessas diferentes temáticas, e em todas elas, a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, à objetivação dos sujeitos e a uma afirmação de abertura para o diálogo (MATTOS, 2001).

O termo integralidade vem do latim, *integralitate*. Tem como definição: qualidade, condição, ou atributo do que é integral; totalidade; reunião de todas as partes que formam um todo; completude (HOUAISS, 2001).

Ao assumirmos o paciente como um todo, sabendo o que está acontecendo com ele em todos os aspectos, teremos uma dimensão de cuidadores, onde a relação será acolhedora, que permita estabelecer vínculos e responsabilizações entre todos os que estão implicados com os atos de saúde. Também permitirá articulações de saberes com mais e melhores intervenções, de um modo mais amplo.

No texto constitucional, integralidade é definida como “um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1996).

Associando acolhimento e atendimento integral teremos maior qualidade em nosso sistema de saúde e, nesse processo, o uso da informação é imprescindível para formar o conhecimento com objetivo de melhor atender o paciente, de forma rápida, eficaz e com responsabilidade.

As informações são essenciais para definir uma tomada de decisão e o conhecimento sobre a situação em saúde requer que estas apontem para o perfil da população em questão, permitindo assim que se possa planejar, avaliar e organizar os serviços de saúde (MOTA, 2003).

Com prontuários eletrônicos o acesso aos problemas de saúde dos usuários será rápido e as intervenções atualizadas e eficazes, influenciando na melhoria da efetividade da assistência, no processo de tomada de decisões e na redução de custos e otimização dos recursos.

Segundo Cunha (2005), o objetivo da informação de orientação do agir pode ser alcançado por um desenvolvimento dos seguintes processos: identificação das informações necessárias; organização de produtos e serviços de informação voltados para o apoio aos processos administrativos e assistenciais; definição do processo de coleta e transformação (classificação e organização) de dados e de informação nos serviços de saúde; análise e a transformação de dados em informação; armazenamento, transferência e disseminação dos dados e das informações; integração e utilização das informações; interfaces interdepartamentais; descarte dos dados e informações obsoletos.

Não podemos deixar de ressaltar novamente que, com a unificação e informatização dos prontuários seriam evitadas as duplicações e a inconsistência dos dados, assim como seria garantida a clareza dos registros.

Pode-se levantar a questão de que o prontuário no papel tem a vantagem de ter uma forma livre, onde se escreve de maneira liberada e pessoal, além de que não é necessário alguém especializado, com treinamento especial para manuseá-lo. E tem a vantagem de não sair do ar.

Porém com a informatização do prontuário, é possível recuperar as informações nos casos de perdas, poderemos comparar resultados, conhecer procedimentos de toda equipe envolvida no tratamento do paciente, acessar simultaneamente de vários locais e conseguiremos sempre ler o que está escrito, coisa que no papel, às vezes, é impossível.

Na prática dos atendimentos em saúde, a informática ajuda na coleta, nos registros e na análise de dados e reforçando, podem aumentar a qualidade da assistência ao paciente por auxiliar no processo de diagnóstico e tratamento além de muitas outras informações que podem ser passadas através do sistema integrado.

Com este processo de mudança em nosso serviço de saúde, pretendemos atingir os usuários, que serão melhor atendidos, onde deveremos contar com os profissionais que trabalham no atendimento básico do Centro de Saúde Modelo, ocorrendo uma intervenção com o objetivo de unificar e informatizar os prontuários utilizados neste serviço.

Passando a utilizar o mesmo prontuário no atendimento dos mesmos usuários, os trabalhadores do atendimento básico do Centro de Saúde Modelo terão maior envolvimento com o paciente e sua patologia. Sendo assim, estaremos buscando um melhor desempenho da

organização, por meio de estímulo à colaboração e ao compromisso dos profissionais da saúde envolvidos.

Além de todos os motivos apresentados, a falta de uma unificação e da informatização dos prontuários, nos traz prejuízos de espaço, pois da maneira atual, é utilizado um espaço físico e um número de material exorbitante, pois a cada setor são disponibilizados seus próprios prontuários, com muito papel armazenado. Aumentando assim, o risco de perda ou extravio de dados dos usuários e um custo mais elevado para o sistema, pois como as ações são desconhecidas entre os profissionais, muitas delas são repetidas por cada um, por exemplo: solicitação de exames por mais de um profissional, para o mesmo paciente.

Prontuário Eletrônico do Paciente não é um produto e sim um processo, que ele não é somente a digitalização do prontuário em papel e também não deve ser considerado Prontuário Eletrônico do Paciente aquele sistema que não consideramos requisitos de auditabilidade, segurança e padronização. Além disso, a busca pelo Prontuário Eletrônico do Paciente é uma jornada, que necessita de trabalho conjunto e a adoção de padrões abertos (LEÃO, 1998).

É sabido que encontraremos muitas dificuldades desde a implantação até o desenvolvimento deste projeto, pois dependemos de pessoas que são atores do dia-a-dia do trabalho no local escolhido, além de que são todos funcionários públicos, que precisam ser envolvidos e motivados às mudanças que virão para melhorar e qualificar o serviço.

Também, conhecemos os contra-pontos que enfrentamos com as mudanças de governos, onde se precisa estar muito consciente e decidido para manter as decisões e mudanças que venham para melhorar nosso local de trabalho.

Projetos de sucesso sempre tiveram uma história de pesquisa, coordenação, adequação a realidade, mudança de paradigma e outros fatores que conduzem um projeto a ser bem aceito e atingir seus objetivos.

Deve-se levar em consideração, em primeiro lugar, que transformar não é conformar. Sendo assim os agentes envolvidos nesta mudança devem ser incentivados e motivados a participar dela de maneira voluntária e encará-la como uma melhoria necessária ao serviço, pois estaremos facilitando e agilizando o trabalho realizado por todos, além de melhorar o atendimento prestado ao usuário.

Acredita-se que a informatização, acompanhando a unificação dos prontuários, possa melhorar a eficiência e a qualidade do serviço prestado, além de oferecer maior agilidade à troca de informações. Esta agilidade pode significar a diferença entre agravar a doença ou recuperar a saúde, evitando sofrimento desnecessário e evitável. Também estaremos evitando

os re-trabalhos, em relação às tarefas individuais dos funcionários envolvidos e em relação aos gastos efetuados por procedimentos repetidos.

Levando em consideração todos os itens apresentados, aspectos positivos da mudança proposta e as dificuldades que sabemos que iremos enfrentar, estamos convencidos de que qualquer construção ou mudança vem acompanhada de contrapontos. Porém a proposta deste projeto de intervenção é a implementação de novas tecnologias, assim como sua real utilização ao longo de seu desenvolvimento em busca de um serviço de saúde de qualidade, eficiência, agilidade e responsabilidade, sendo acolhedor e resolutivo.

4 METODOLOGIA

Para atingir os objetivos propostos, será desenvolvida uma estratégia de pesquisa de cunho qualitativo, documental e acompanhada por entrevistas com profissionais que ocupam posição-chave no Centro de Saúde Modelo. Nesse sentido, caracteriza-se como pesquisa-ação uma vez que a presente autora ali atua profissionalmente, o que acarretará um nível de interação participativo na coleta de informações e o papel atribuído ao pesquisador é caracterizado por interagir com os entrevistados na busca de informações pertinentes ao assunto estudado para a pesquisa.

A estratégia de pesquisa-ação permite ao pesquisador desenvolver a análise a partir dos dados coletados e não a partir de técnicas estruturadas, preconcebidas e altamente qualificadas. (ROESCH, 1999).

A primeira e mais importante etapa do projeto é a apresentação do mesmo à coordenação do Centro para aceite e colaboração para o desenvolvimento das etapas que vão se seguir. Será solicitado que seja apontado um interlocutor para cada uma das clínicas/especialidades que compõem o Centro. É também prevista uma reunião com todos os profissionais da Unidade para apresentação do projeto, com a solicitação de ajuda na identificação da documentação necessária.

Na perspectiva operacional, inicialmente deverão ser identificados todos os modelos de prontuários/registros de dados utilizados pelos profissionais. De posse dos mesmos, eles serão analisados em sua forma e formato, ou seja, quais dados/variáveis são registrados, e quais são deixados em branco. Daqui deverá ser montada uma matriz básica de variáveis de registro X clínica/especialidade, que visará identificar aqueles dados que são mais importantes para cada especialidade. Essa etapa deverá também evidenciar possíveis discrepâncias no uso da terminologia e formas de registro de dados.

Em seguida, essa matriz de informação deverá ser discutida com cada um dos interlocutores, na busca de identificar qual, idealmente, seria o formato/conteúdo de um prontuário para atender a demanda por registros dos dados. Assim, procurar-se-ia incluir outras variáveis que, por ventura, não estejam disponíveis para registro de dados.

Após essa série de entrevistas, será realizada uma etapa de sistematização e harmonização das variáveis presentes nos vários prontuários, o que deverá redundar em um modelo de prontuário eletrônico único para o Centro.

Levantadas as condições de infra-estrutura local (equipamentos de informática, acesso à Internet, capacitação dos profissionais, dentre outros quesitos), deverá ser buscada uma cooperação com profissionais de Tecnologia da Informação para analisar a viabilidade técnica e econômica de implantar um prontuário eletrônico unificado.

Cumpridas todas essas etapas, uma reunião com todo o grupo de profissionais deverá ser realizada para apresentar o modelo proposto, o que deverá gerar mais subsídios para aprimorar o modelo do prontuário.

6 ORÇAMENTO

Neste momento que estou elaborando o projeto de intervenção a ser colocado em vigor conforme o interesse da gestão municipal, os recursos financeiros são apenas os gastos da pesquisadora com impressão, formatação, revisão técnica e encadernação do trabalho, assim como gastos de deslocamento para orientação.

Também serão orçados os gastos com papel e impressão dos questionários para os usuários do sistema a ser desenvolvido, para reconhecer o conhecimento básico sobre informática.

REFERÊNCIAS

- ACURSIO, Francisco de Assis. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. In: MARCOLINO, Heloisa et al. (Coord.). **Projeto MultiplicaSUS: (Re)Descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 23-40.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: COIMBRA JÚNIOR, Carlos E. A.; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz: 2005. p. 91-107.
- BRANCO, Maria Alice Fernandes. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 267-270, abr./jun. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A construção da política de informação e informática em saúde**. Versão 1.3. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **NOB 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1997.
- CASATE, Juliana Cristina; CORREA, Adriana Katia. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, jan./fev. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000100017&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 mar. 2008.
- CECCIM, B,R; FEUERWEKER, M. C. L. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20 n. 5, set/out. 2004.
- CORDEIRO, H. **Sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.
- CUNHA, Francisco J. A.; SILVA, Helena P. da. **O prontuário eletrônico como unidade de transferência e criação de conhecimento em saúde**. Disponível em : <http://www.cinform.ufba.br/vi_anais/docs/FranciscoCunhaHelenaSilva.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2008.
- FEUERWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface: comunicação, saúde, educação**, São Paulo, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.
- FISCH, Marco Antonio. **Desenvolvimento do sistema de prontuário eletrônico do paciente no Grupo Hospitalar Conceição**. 2005. Projeto de Conclusão de Curso (Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde)-Parceria FIOCRUZ/GHC, Porto Alegre, 2005.

HACKING, I. **Representar e intervir**. México: Paidós, 1996.

HOUAISS, Antonio. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

LEÃO, B. F. O prontuário eletrônico: como chegar lá? **Informática Brasileira em Análise**, ano 2, n. 16, ago. 1998.

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médica modernas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MATTOS, Ruben Araújo de. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1411-1416, set./out. 2004.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MERHY, Emerson Elias et al. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al.(Org.). **Sistema único de saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-20.

_____. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde: Um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 113-115.

_____. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Construção social da demanda**. 1. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005. p. 195-206.

MEYER D. E. Como conciliar humanização e tecnologia na formação de enfermeira/os? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 2, p. 189-195,mar./abr. 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MORAES, Ilara Hämmerli Sozzi de. **Informações em saúde: para andarilhos e argonautas de uma tecnodemocracia**. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

MOTA, Eduardo; CARVALHO, D. M. T. Sistema de Informações em Saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MESI, 2003. p. 605-626.

NASH, R. **Um esboço da vida de Florence Nightingale**. Rio de Janeiro: Centro de Ciências da Saúde, UFRJ, 1997.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social, métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1985.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração**: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso. São Paulo: Atlas, 1999.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SÍTIO Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/>>. Acesso em: 28 fev.2008.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, 2005.

O SUS de A a Z. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>>. Acesso em: 04 mar. 2008.

ANEXO I

Instrumento de Pesquisa Para Coleta de Dados

Este instrumento faz parte do projeto de pesquisa com a temática a ser abordada que é a **“Unificação e Informatização dos Prontuários no atendimento da Saúde Básica do Centro de Saúde Modelo”**, a partir da demanda para o curso de Informação Científica e Tecnológica em Saúde, numa parceria do Ministério da Saúde / Grupo Hospitalar Conceição e a Fiocruz. Tem como objetivo identificar qual o grau de conhecimento de informática dos profissionais do Centro de Saúde pesquisado e quais as maiores dificuldades nesta área.

Nome do profissional: _____

Cargo que exerce no Centro de Saúde: _____

1. Você sabe ligar um microcomputador?

() sim

() não

Se sua resposta for “sim”, continue o preenchimento do questionário.

2. Você já fez algum curso de capacitação em TI promovido pela Prefeitura?

() sim

() não

3. Caso não tenha feito, teria interesse e disponibilidade em fazê-lo?

() sim

() não

Se sua resposta for “sim”, qual turno gostaria de realizá-lo?

4. Você utiliza os microcomputadores disponíveis no Centro de Saúde para suas atividades profissionais?

() sim

() não

Quais os programas mais utilizados?

5. Dê sua opinião sobre o projeto de unificação e informatização dos prontuários no atendimento da saúde básica do Centro de Saúde Modelo?

ANEXO II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estou concluindo o Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, que é uma parceria do Grupo Hospitalar Conceição e a Fiocruz e estou desenvolvendo a pesquisa com a temática que pretende avaliar “**As Tecnologias em Favor da Humanização: uma Proposta para o Centro de Saúde Modelo**”. Esta pesquisa tem como objetivo reconhecer os níveis de conhecimento sobre operacionalização do computador.

As informações coletadas através desta entrevista serão utilizadas somente para tabulação dos dados da pesquisa, mantendo o mais completo sigilo das mesmas. Após o término da pesquisa os dados serão apresentados à Coordenação da Unidade e analisadas as necessidades serão realizados cursos para atualização destes.

Avalio que sua participação é de máxima importância para análise deste tema e contribui de forma grandiosa para a melhoria de nosso trabalho no cotidiano. Agradeço sua colaboração e coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos pelo telefone 99195441 e e-mail sbroglionutri@yahoo.com.br.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Janaina Sbroglia

Após ter lido e compreendido as informações referenciadas acima, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a utilização dos dados para o presente estudo.

Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____