

PRONTUÁRIO DO PACIENTE: INFORMAÇÕES PARA A GESTÃO EM SAÚDE

Eduardo Costa Pinto¹
Denise da Silva Gomes²

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 ao 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).

¹ Ex-aluno do Ensino Médio Integrado à Educação Profissional da EPSJV, com habilitação em Gerência de Saúde (Gestão em Serviços de Saúde), entre 2003 e 2005. Graduou-se em Farmácia, em 2008, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e, atualmente, é bolsista de Iniciação Científica (CNPq) na área de Microbiologia, na mesma universidade. Contato: educostapinto@ig.com.br.

² Graduada em Pedagogia pela Federação de Escolas Faculdades Integradas Simonsen (1980), possui especialização em Educação Profissional em Saúde pela Fiocruz (2005), entre outras. É professora-pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde (Lires), da EPSJV/Fiocruz. Contato: dengomes@epsjv.fiocruz.br.

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, em que cada uma enfatiza um aspecto diferente de gestão: umas focalizam a divisão do trabalho, a especialização, os prêmios de produção; outras são mais voltadas para o processo de trabalho em si e a valorização da burocracia; e outras, ainda, estão 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-se com 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 descentralização, hierarquização e direção única, visando ao 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 nesse 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.

Os registros no prontuário do paciente têm sido alvo de grandes questionamentos, pois as anotações realizadas pelos profissionais de saúde são, muitas vezes, inconsistentes e ilegíveis, o que acarreta perda de informações e prejuízo na qualidade do atendimento, uma vez que as in-



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

A motivação para a realização deste trabalho surgiu a partir do levantamento da situação organizacional do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, vinculado à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), para a disciplina de Registros de Saúde do Curso de Gestão em Serviços de Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz. Uma das etapas do levantamento foi a análise de prontuários dos pacientes, em que foi possível constatar várias irregularidades, como ilegibilidade e ausência de dados.

O estudo procurou analisar de que forma as informações produzidas a partir do prontuário do paciente podem contribuir para a gestão e a conseqüente tomada de decisão em uma unidade de saúde. 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.

SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

A política exclusivista de saúde

No final dos anos 60, o direito e o acesso à saúde assumiram um importante significado no contexto nacional brasileiro. A insatisfação da população com os serviços de assistência à saúde prestados era crescente. A unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), criados por Getúlio 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 a uma uniformização dos serviços de saúde prestados à população.

No entanto, não eram todos os trabalhadores que tinham acesso à saúde, pois a assistência estava vinculada às categorias profissionais orga-



nizadas em IAPs e ao INPS, excluindo todos aqueles que não compunham o sistema produtivo e não possuíam vínculo contributivo formal de trabalhador ao Estado, sendo necessária a apresentação das carteiras de contribuição quando se procurava um hospital ou qualquer outro tipo de assistência, a fim de confirmar sua inclusão no sistema.

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, foi apresentada a proposta de um sistema único de saúde no I Simpósio Nacional de Política de Saúde promovido pela Câmara dos Deputados, onde se aprovou 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 a lógica da assistência à saúde no Brasil e possuía como proposições em debate: saúde como um direito de todo cidadão independentemente de contribuição ou qualquer outro critério de discriminação; ações de saúde integradas em um único sistema, garantindo o acesso da população a todos os serviços de saúde; gestão administrativa e financeira das ações de saúde descentralizadas para estados e municípios; participação e controle social das ações de saúde (EPSJV/Fiocruz, 2005).

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 começou a ganhar corpo. A legitimidade dos governos eleitos fez com que fossem firmados convênios das Ações Integradas de Saúde (AIS), como estratégia federal para reordenar a política de



saúde no país, visando a uma uniformização dos serviços prestados. Essa estratégia funcionou, pois, ao final de 1984, todos os estados brasileiros participavam das AIS.

Refletindo o avanço dos movimentos sociais por liberdades democráticas, a VIII Conferência de Saúde ocorreu 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, foi 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.

A busca por um sistema de saúde unificado

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) foi criado em 1987, representando a desconcentração das atividades do Inamps, adaptando-o às funções de planejamento, orçamento 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 administração estadualizadas — e universalização do atendimento, com eliminação da carteira do Inamps.

A VIII Conferência de Saúde foi um marco importante para o atual Sistema de Saúde Brasileiro, pois apresentou propostas significativas — como a concepção de saúde como um direito de todos e dever do Estado, através do Artigo 196 — que foram incorporadas à Constituição de 1988.

Em 1990, foram 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 im-



portante mecanismo de promoção da eqüidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades do cidadão, independentemente de seu poder aquisitivo.

O controle social no Sistema Único 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, em que a comunidade, através de seus representantes, pode opinar, definir, acompanhar a execução, fiscalizar ações de saúde nas três esferas de governo. A Conferência de Saúde reúne, a cada quatro anos, vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, podendo ser convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde. O Conselho de Saúde tem caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, e atua na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde (BRASIL, nov.1990).

A Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde garantem o controle social no sistema de saúde, permitindo a participação da sociedade no planejamento, decisão, execução e avaliação do SUS. Essas instâncias representam um avanço da sociedade na busca de políticas públicas democráticas em que haja 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.

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 apud 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.

A política de descentralização na área de saúde foi conduzida pelo Ministério da Saúde por meio da formulação e implementação de instrumentos reguladores locais denominados Normas Operacionais do SUS, as quais 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). 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.

GESTÃO EM SAÚDE

A gestão no Sistema Único de Saúde

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).



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.

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

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 gerentes eram considerados os de hierarquia mais baixa ou os que exerciam funções em pequenos comércios, ou ainda em bancos.

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: 14), 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, acrescentando-se algumas novidades, mas mantendo-se 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.

As teorias administrativas na saúde

As teorias administrativas são essenciais para o desenvolvimento de processos de trabalho e da gestão em saúde. Segundo Guimarães e Évora (2004), os modelos contemporâneos de administração permitem a flexibilização nos processos de produção, propiciam uma análise e um diagnóstico do ambiente, proporcionam aos gerentes condições para antecipar o futuro e reduzir riscos e incertezas na tomada de decisão, atendem às demandas do mercado em tempo hábil, respondem à clientela e ao avanço tecnológico, e garantem o desenvolvimento institucional.

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 apud 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 apud 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, muitas 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 dessas organizações têm sido características dos gestores, geralmente profissionais médicos. “A reforma do modelo de gestão deve pautar-se na descentralização, no planejamento e na avaliação” (ABRAHÃO, 1999: 27), de forma que o modo de gerenciar a saúde considere o Sistema Único de Saúde, visto como instrumento de exercício de poder democrático, um fator estratégico à Reforma Sanitária (CAMPOS, 1992 apud ABRAHÃO, 1999).

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 ao 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 apud 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 implementarem 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). Inúmeras experiências voltadas para ampliar a democracia em instituições de saúde e estimular a descentralização de poder para os municípios têm sido tentadas,



como, por exemplo, a instalação de Conselhos e Conferências de Saúde, que são dispositivos do SUS, para alterar o funcionamento burocrático do Estado (CAMPOS, 1998).

Gestão colegiada centrada em equipes de saúde

Campos (1998) busca uma alternativa aos métodos de gestão vigentes e descreve seu modelo para sistemas e estabelecimentos de saúde como um sistema de gestão que assegura tanto a produção qualificada de saúde quanto garante a própria sobrevivência do sistema e a realização de seus trabalhadores. Segundo essa 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 novo departamento ou serviço é uma equipe multiprofissional. A Unidade de Produção tem um único coordenador, que elabora um Projeto de Trabalho, democrático, produtor de compromissos e de responsabilidades bem definidos, e os participantes multiprofissionais compõem um Colegiado para cada uma dessas unidades de produção, que é encarregado de elaborar diretrizes, metas, programas de trabalho e avaliá-los periodicamente.

Assim, 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, há significativas mudanças no sistema de Direção Geral das Organizações, pois o diretor-geral ou superintendente e seus assessores têm uma função executiva semelhante àquela descrita para os coordenadores de cada unidade de produção e compõem, junto com todos os coordenadores de cada uma das unidades de produção, um colegiado Geral de Direção. A função de dirigente não assume um caráter exclusivo e unipessoal, pois “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” (CAMPOS, 1998: 868).

Os colegiados 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 essa 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 equipe tem responsabilidade integral sobre determinado número de casos, representando uma busca por padrões de vínculo mais qualificados, explícitos e duradouros, que proporcionam maior compromisso e competência de cada trabalhador, além de contribuírem para o aumento da eficácia do trabalho clínico e de reabilitação (CAMPOS, 1998).

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 esses conflitos ou eliminar essas contradições, mas sim admitir a existência dessas polaridades e criar espaços onde estas possam ser trabalhadas, considerando-se os vários interesses envolvidos.

INFORMAÇÕES EM SAÚDE

A informação na gestão do SUS

A gestão do SUS é essencialmente participativa e democrática, na qual 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 apud BISPO JÚNIOR & GESTEIRA, 2004).

Os autores afirmam que a informação é essencial à tomada de decisão e que o conhecimento sobre a situação de saúde requer informações so-



bre o perfil de morbidade e mortalidade, os principais fatores de risco e seus determinantes, as características demográficas e informações sobre serviços. Essas informações se aplicam ao planejamento, à organização, à operação e à avaliação de ações e serviços. Além disso, possibilitam o estabelecimento de políticas específicas, formulação, implementação e avaliação de planos e programas.

Moraes (1994) também expõe sobre a relevância das informações em saúde, defendendo que a informação em saúde representa um espaço estratégico de luta, principalmente quando é entendida como um instrumento interdisciplinar voltado para a ampliação da consciência sanitária dos profissionais da saúde e da população.

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).

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.

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 esses serviços e transformá-los 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 a avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões.

Segundo Guimarães e Évora (2004), um sistema de informações pode ser entendido como um conjunto de dados e informações organizados de forma integrada, visando ao atendimento da demanda e necessidades dos usuários. Sistemas de informação para apoio à decisão são sistemas que coletam, organizam, distribuem e disponibilizam a informação utilizada nesse processo.

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 incorporados no processo de trabalho e utilizados 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 à disposição dos gestores instrumentos que possam estimular, induzir, subsidiar e dar suporte à 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 eficiente de informações 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.

Os Sistemas de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde e de Estimativas de População foram também desenvolvidos e implementados. Outros sistemas de informação de base nacional referentes 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 o 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 realizados pela rede SUS de 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 à 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), o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e o 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 compulsória, 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).

SIS na redução de desigualdades sanitárias

Segundo Fernandes da Silva (1996), para que as informações se vinculem de fato a mudanças nas práticas sanitárias, devem abranger informações relacionadas a morbimortalidade e também as ligadas às condições gerais de vida, como habitação, saneamento, emprego e alimentação. 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 fato 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 usuá-



os na formulação de suas metas e estratégias, o que é indispensável para a construção de um adequado Sistema de Informações (FERNANDES DA SILVA, 1996).

Política Nacional de Informação e Informática em Saúde

A primeira vez que uma legislação no âmbito da Presidência da República tornou explícita a área de informação em saúde foi em 1992, com a lei 8.490/92 que, na Seção II, dispõe sobre a Política Nacional de Saúde e Coordenação do Sistema Único de Saúde como uma das áreas de atuação do SUS (BRASIL, 1992 apud BRANCO, 2001: 107).

A década de 90 contribuiu significativamente para a construção de uma política nacional de informação em saúde, uma vez que mudanças políticas, institucionais, econômicas e tecnológicas — 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 uma Política Nacional de Informação em Saúde para o SUS”, realizada em Brasília com a participação do GED, do Ministério da Saúde e de outras entidades relacionadas com o tema. O relatório teve como objetivo apresentar as informações em saúde disponíveis em nível federal, discutir a qualidade e o acesso a essas 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 à interligação e compatibilização entre os sistemas de informações (BRANCO, 2001: 116).

A Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/90, prevê, em seu 47º artigo, a organização, pelo Ministério da Saúde, em articulação com os níveis esta-



duais 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 vem 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 desse ano, 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. Essa deliberação reforçou 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.

Em julho de 2003, foi concluída a primeira Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), 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, com contribuições do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Essa outra versão 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 da PNIIS de março de 2004 contém deliberações da XII Conferência Nacional de Saúde. Segundo ela, o Conselho Nacional de Saúde tem como atribuições: definir estratégias para elaborar e implementar políticas articuladas de informação, comunicação, educação permanente e popular em saúde, para as três esferas de governo; reforçar a democratização da informação e da comunicação em todos os aspectos; garantir a



interface e a 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; e 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 (BRASIL, PNIIS, 2004).

Além disso, o Conselho Nacional de Saúde deve 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; e 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 infra-estrutura tecnológica, capacitação de gestores e profissionais de saúde, e implantação da rede de informações (BRASIL, PNIIS, 2004).

Esta última versão, chamada de 2.0, possui como estratégia promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, visando à melhoria dos processos de trabalho em saúde e à criação de um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para os cidadãos, para a gestão, para a prática profissional, para a geração de conhecimento e para o controle social. Assim, além de maior eficiência e qualidade, há ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços (BRASIL, PNIIS, 2004).

Fragmentação dos Sistemas

Outros sistemas de informação foram criados, além daqueles que foram citados anteriormente. No entanto, verifica-se que estes funcionam de forma fragmentada e isolada: cada um é utilizado em sua especificidade para subsidiar determinadas decisões e formular ações e programas, não havendo confluência ou integração entre eles. Para ampliar as possibilidades de os 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. Moraes (1994) salienta a necessidade de uma “nova” política de informação em saúde, pois a atual é “fragmentadora da realidade, centralizadora dos sistemas, pouco compatibilizada com o processo decisório, (...) e está falida, uma vez que não atende mais às necessidades impostas pela sociedade brasileira” (MORAES, 1994:17).

Felizmente, no âmbito do SUS, começaram a crescer os exemplos de iniciativas locais 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, tentam responder às necessidades da sociedade na área da saúde, especialmente no tocante à informação e informatização.

Uma das diretrizes da última versão da Política Nacional de Informática e Informação em Saúde do Ministério da Saúde, de março de 2004, é justamente estabelecer um sistema de identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde, que possibilite integração dos sistemas de informação de saúde e viabilize o registro eletrônico de saúde.

PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Prontuário do Paciente: fonte de dados de informações em saúde

O prontuário do paciente é o documento único que garante ao cidadão o conjunto de documentos gerados no decorrer de seu atendimento, de prevenção ou assistência, em qualquer unidade de saúde. Serve de instrumento de proteção legal de pesquisa, ensino e gerenciamento de atividades administrativas. É o elemento de comunicação entre vários setores da unidade de saúde, como também entre os profissionais de saúde, sendo depositário de um conjunto 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, de



quais procedimentos resultam em melhoria ou não do problema que originou a busca pelo atendimento, além da identificação de novos problemas de saúde e das condutas diagnósticas e terapêuticas associadas. Apresentam ainda 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 esse 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.

O Prontuário do Paciente

O conceito de prontuário tem evoluído de tal forma, principalmente em função da obrigatoriedade de registro pelos profissionais que prestam atendimento ao paciente, que esse documento passou a ser 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 apud SOUNIS, 1993; EPSJV/Fiocruz, 1999).

Trata-se de um documento que relata, com minúcias e ordenadamente, a marcha do paciente desde sua admissão até sua alta. É gerado por todos os profissionais de determinada unidade de saúde envolvidos em seu atendimento, quer seja no 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 à equipe médica responsável pelo seu atendimento, diagnóstico e tratamento. É um documento que recebe proteção legal prevista no Código Penal



Brasileiro e no Código de Ética Médica: 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 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” (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, segundo a qual o prontuário médico é um documento único constituído de imagens registradas, que provêm de fatos, acontecimentos e situações relativas à saúde do paciente e à assistência a ele prestada. Possui caráter sigiloso, científico, possibilitando a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência (CFM, 1638/2002).

Registros em Saúde: precursores do prontuário do paciente

Já na Antigüidade, anotações acerca de fatos ocorridos eram realizadas. O papiro do egípcio Imhotep (2980 a.C.), por exemplo, descoberto por Edwin Smith, é uma grande contribuição para o registro das informações. Esse documento representou um conjunto organizado de dados “padronizados” de consultas de pacientes, em que os diagnósticos e os procedimentos realizados durante as consultas eram armazenadas. Esses registros serviam de base para a análise dos resultados obtidos e facilitavam outros procedimentos em pacientes com os mesmos sintomas. Esse papiro relatava 48 casos de doenças, que possuíam um título, a forma como o paciente deveria ser examinado e 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 o Código, proposto pelo então imperador da Babilônia, Hamurábi (1792-1750 a.C.), que consistia em inúmeras tábuas de argila que continham as atividades comerciais, administrativas e diplomáticas da cidade, além de leis para os acontecimentos. O Código de Hamurábi é a representação não somente de um conjunto de normas de conduta, mas também de um novo processo de padronização da vida do povo, em que começa a valorização dos direitos e deveres dos cidadãos em uma sociedade.

Registros sobre como se assistiam os doentes foram armazenadas nas paredes dos templos gregos e romanos, e 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 Hospital São Bartolomeu, em Londres, Inglaterra, foi o primeiro a realizar registros dos pacientes, pois foi nesse período que se estabeleceram os primeiros contratos com os médicos (1609), segundo os quais estes passaram 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, a partir dos quais as classes dominantes detinham o conhecimento e o poder (ALBUQUERQUE, 2001).

Duas outras contribuições referentes à evolução dos registros em saúde no final do século XVIII foram: a) Benjamin Franklin, primeiro secretário do Hospital da Pensilvânia, nos Estados Unidos, como o responsável pelo preenchimento dos primeiros prontuários, e b) o primeiro registro em saúde que possuía dados como diagnóstico, idade, data de admissão, ocupação e aparência do paciente, notas de evolução e tratamento foi realizado no Hospital de Nova Iorque (EPSJV/Fiocruz, 1999, também citado por CAMPOS, 1988).



Marin et al (2003) relata a contribuição de William Mayo em relação a sua preocupação com a organização dos prontuários dos pacientes. Na Clínica Mayo, formada por ele juntamente com outros colegas, em Minnesota, nos Estados Unidos, observou-se 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 adotou o registro individual das informações de cada paciente, que passou a ser arquivado separadamente, o que originou o prontuário médico centrado no paciente, ordenado também 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. Esse conjunto de dados criou uma estrutura mais sistematizada de apresentação dos dados relativos ao atendimento prestado ao paciente, formando o prontuário do paciente, bem semelhante ao que é utilizado hoje (MARIN et al, 2003).

Os diferentes profissionais de saúde que fazem registros no prontuário do paciente geram inúmeros dados que precisam ser agregados e organizados, gerando informações a fim de contribuir para o atendimento à saúde de um indivíduo ou de uma população (MARIN et al, 2003). De acordo com os autores, 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.

A análise conjunta dos dados dos prontuários deveria ser capaz de fornecer, por exemplo, informações sobre pessoas atendidas, quais tratamentos foram realizados, quais formas terapêuticas tiveram resultados positivos, como os pacientes responderam ao tratamento e quanto custou cada tratamento de acordo com os procedimentos realizados. Essas informações permitem “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).

O prontuário do paciente apóia o processo de atenção à saúde e serve como fonte de informação clínica e administrativa para a tomada de decisão e como meio de comunicação compartilhado entre todos os profissio-



nais. Auxilia em estudos clínicos, epidemiológicos e de avaliação da qualidade. Possibilita o ensino e gerenciamento dos serviços, fornecendo dados para cobranças e reembolso, autorização dos seguros, suporte para aspectos organizacionais e gerenciamento do custo. O CFM, através da Resolução nº1638/2002, reafirma 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.

Serviço de Registro e Informações em Saúde

O prontuário do paciente é o objeto de trabalho do setor de Registros e 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.

Esse setor é responsável pela abertura de prontuários, sua guarda adequada e segurança, coleta de dados, apuração e análise dos dados estatísticos, por 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). Permite o registro 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).

A organização de um serviço de registro e informações em saúde exige conhecimento técnico por parte da direção da entidade, do médico, do corpo clínico e do chefe do serviço, tornando necessária a conscientização dos profissionais que devem assumir seus compromissos de maneira responsável, visando a uma melhor atenção ao paciente e boa qualidade do serviço (CAMPOS, 1988).

Entre as atribuições do Serviço de Registro das Informações em Saúde, está incluída a revisão de prontuários pois, por mais que seja exigido o



preenchimento correto dos prontuários, muitos deles apresentam falhas (SOUNIS, 1993).

Na busca pela garantia da qualidade dos registros contidos nos prontuários, o Conselho Federal de Medicina tornou obrigatória a criação de Comissões de Revisão de Prontuários nas unidades de saúde, através da Resolução 1638/2002, 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; e avaliar a qualidade da atenção médica, por meio da análise qualitativa dos prontuários. Os membros da comissão de prontuários podem ser 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). No Rio de Janeiro, o Cremerj impunha essa obrigatoriedade desde 1992, através da Resolução nº 41/92.

Na maioria das vezes, a Comissão de Prontuários se reúne uma vez por mês em horário e dia pré-estabelecidos, para discutir problemas detectados nas análises qualitativas dos prontuários, além de 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, essas normas devem ser distribuídas para todo o pessoal que participa na elaboração do prontuário do paciente” (EPSJV/Fiocruz, 1999: 139).

Mezzomo (1982) comentava, mesmo antes de sua obrigatoriedade, 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 nos indicadores de saúde. As análises feitas pela Comissão de Prontuários podem ser levadas ao conhecimento da direção da unidade de saúde, do corpo clínico e servir de material para estudo de casos e reuniões científicas.

Normas básicas para registros e uso do 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).

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 artigos 39 e 69 do Código de Ética Médica. O referido código refere-se também às condições de acesso ao prontuário e à obrigação dos profissionais, quanto fornecimento de laudos e ao sigilo, nos Artigos 11, 70 e 71.

Para que o prontuário do paciente atenda aos objetivos a que se propõe, é necessário que, durante sua elaboração, sejam respeitadas algumas normas técnicas (GOMES, 2001). A partir de um “prontuário preenchido com técnica e eficiência profissional, se pode elaborar um sem número de informações gerenciais” (MEZZOMO, 1988 apud GOMES, 2001: 17), as quais definem a qualidade do tratamento prestado e a seriedade na indicação terapêutica. Um dos grandes problemas dos prontuários dos pacientes é a má qualidade dos dados registrados, que muitas vezes não existem, estão ilegíveis, ou sem a assinatura e carimbo dos responsáveis.

Alguns autores realizaram trabalhos e pesquisas com o intuito de verificar a qualidade com que os registros em saúde foram feitos e se o sub-registro era um problema presente nas unidades de saúde brasileiras (MISHINA et al, 1999; CASTRO et al, 2003; MELO et al, 2004; CARVA-



LHO 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 informações. 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 com mais de 100.000 habitantes, o SIM/MS é capaz de recuperar mais eficientemente óbitos (CASTRO et al, 2003).

Nesse sentido, a qualidade com que os registros são feitos é de fundamental importância para a unidade de saúde em que estes são realizados, assim como para toda uma rede de serviços de saúde, pois as informações contidas nos documentos são utilizadas para a geração de indicadores que instrumentalizam a tomada de decisão dos gestores em diferentes níveis.

Perspectivas para o prontuário 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, que dispõe sobre normas técnicas para o uso de sistemas informatizados para a guarda e o manuseio do prontuário do paciente e dá outras providências, com o intuito de melhorar o armazenamento desses dados.

A informática exerce, em geral, um poder transformador nas sociedades. Hoje já é possível se pensar em um sistema de prontuários médicos unificados e padronizados, funcionando através de redes de computadores. 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 melhoria do conhecimento médico e à disponibilidade desse 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 dele, 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 e consulta de dados é feita por meio eletrônico, representando um sistema informatizado. Destacam-se várias vantagens com o uso do PEP: o uso simultâneo por vários profissionais, por ser em rede; menos risco de perdas de dados; registros padronizados e legíveis; maior facilidade e versatili-



dade no uso das informações para estudos e pesquisas, faturamento, atendimento ao paciente e produção de indicadores, devido às diferentes formas de cruzamentos dos dados.

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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, a equidade e a universalidade, após anos de uma política exclusivista, centralizadora e segregadora.

Para a gestão desses sistemas, são inúmeras as propostas 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.

O gestor hoje pode contar com grandes bases de dados que alimentam diferentes sistemas de informações capazes de subsidiar a tomada de decisões. O prontuário do paciente é a principal fonte de dados para a gestão em saúde, pois as informações produzidas a partir dele permitem o conhecimento sobre o processo de saúde-doença do indivíduo, o padrão de atendimento prestado e o perfil da unidade ou organização em que se encontra. A utilização do prontuário como ferramenta gerencial é fundamental para o gestor, portanto, são necessárias medidas que garantam a qualidade dos registros, o que significa exigir dados claros e fidedignos, que permitam gerar indicadores capazes de auxiliar a tomada de decisão no Sistema de Saúde.

Novas metodologias têm sido criadas para melhorar o processo de produção das informações em saúde. A utilização de técnicas adequadas de



guarda e conservação do prontuário também contribui para garantir que as informações contidas nesses documentos estejam disponíveis quando necessárias. A existência de legislação específica, garantindo a criação de comissões de prontuário e normas técnicas para o uso de tecnologias, respalda os gestores em relação ao uso inadequado de ferramentas que possam colocar em risco as informações provenientes dos prontuários. O uso inadequado da informática aplicada aos prontuários pode ocasionar perdas irreparáveis ao paciente.

A elaboração e a gestão desse documento em suporte papel ainda são predominantes nas unidades de saúde, entretanto, alguns segmentos da sociedade discutem e apóiam o uso do prontuário em meio eletrônico, defendendo que este 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*. Manginhos, 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.

