

# *Cartão Nacional de Saúde e o prontuário eletrônico do Paciente no Brasil: Uma visão do estado atual*

Alandey Severo Leite da Silva

Carlos Eduardo Gomes de  
Araújo  
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

João Rodrigues Filho

## RESUMO

*Enquanto a questão causa polêmica no mundo, o Brasil mais uma vez sai na frente adotando ações e ferramentas tecnológicas sem o nível necessário de discurso com a sociedade. A temática deste artigo gira em torno das ações tomadas pelo governo, pelas sociedades de representação dos profissionais de saúde e pelas empresas de software com relação ao cartão nacional de saúde e do prontuário médico eletrônico. Após a pesquisa bibliográfica concluímos que o tema de aplicação tecnológica em saúde não vem recebendo as devidas atenções nem por parte do governo brasileiro, que vislumbra a automação como fator de qualidade e esquece a necessidade básica de saúde a qual o cidadão tem direito, e nem pelas representações de profissionais médicas que seguem “engolindo” os padrões mecanicistas sem o nível mínimo de debate necessário com os integrantes que as mesmas representam.*

## 1. INTRODUÇÃO

Desenvolvimento, implementação e uso de Tecnologia de Informação (TI) nas organizações é uma complexa atividade social. Nos governos, a aplicação de TI para suporte as atividades de governabilidade e atendimento ao cidadão estão sendo conhecidas como *e-government*. Das ações governamentais com a aplicação de TI, a área de saúde pública vem recebendo elevada soma de investimentos anuais na maioria dos Países. No Brasil, o governo vem desenvolvendo iniciativas de aplicação de TI como ferramenta de suporte a saúde pública, mas, infelizmente, por negligencia, nem os próprios serviços básicos de saúde convencional funcionam a contento.

No Brasil, o atendimento médico agoniza no caos e descaso dos governantes e empurra os doentes para o abismo da indigência. Seja qual for à região, é difícil encontrar hospitais públicos ou conveniados ao SUS que façam valer o direito ao tratamento médico de qualidade. Não chega a ser novidade a constatação de que o sistema de saúde funciona precariamente. O mais trágico é o aprofundamento do caos. As causas são muitas e passam por todas as esferas de governo.

Na teoria, teríamos com a implementação do SUS iniciada nos anos 90 da criação da Lei Orgânica da Saúde e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde – as Normas Operacionais Básicas (NOBs) – como instrumentos de regulamentação do sistema, uma dos melhores atendimentos de saúde do mundo. Entretanto, desde o início da implantação do SUS, vários problemas se colocaram para sua operacionalização, dos quais se destacam: o financiamento das ações de saúde; a definição clara de funções para os três entes governamentais (federal, estadual e municipal); as formas de articulação público/privado no novo modelo de organização dos serviços; e a resistência do antigo modelo assistencial – baseado na doença e em ações curativas individuais – a uma mudança mais substantiva nas práticas assistenciais.

Em meio a uma eminente situação embaraçosa da saúde no Brasil, a aplicação tecnológica, evoluída de sistemas de informação e comunicação que trabalhavam apenas com padrões simples de caractere e imagens cedeu espaço para programas que possibilitam manipulação de imagens, sons, vídeos, etc., assim como em várias áreas organizacionais, é tida como a solução que organizaria e proporcionaria nacionalmente o tão esperado “atendimento de qualidade” presenciado de forma real em vários países do primeiro mundo que estão a uns vinte anos de pesquisas, avanço estrutural e testes.

O cenário serviu como base para trazermos uma reflexão e realizarmos uma análise critica que será distribuída da seguinte forma: no primeiro item trataremos sobre o estado da arte da aplicação de tecnologia de informação na área de saúde; no segundo item abordaremos as incitativas nacionais em torno do cartão nacional de saúde e do prontuário eletrônico do paciente, nem como a relação entre os dois; por último serão abordado as ações das sociedades de profissionais de saúde e do próprio Conselho Federal de Medicina sobre o tema do cartão nacional de saúde e do prontuário eletrônico do paciente.

## 2. APLICAÇÃO DE TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE

Ao se observar os aspectos organizacionais e sociais, a aplicação e o acompanhamento evolutivo dos Sistemas de Informação têm atingido e influenciado os mais diversos setores administrativos e produtivos no século XXI. Os setores de saúde, buscando esse avanço e modernidade, seguem acompanhando e adotando o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação - TIC nas mais variadas áreas.

Os orçamentos governamentais destinados à saúde aumentaram circunstancialmente para cobrir as aquisições tecnológicas em destaque. Na realidade o que se pode constatar é uma extrema dedicação com inovação e difusão, mas muita confusão no que se refere ao uso dos sistemas de informação na área de saúde. Os desenvolvedores de sistemas de informação na área de saúde, a exemplo do prontuário eletrônico do paciente, estão apresentando as suas soluções garantindo centralização, acesso à diferenciadas plataformas de dados, usabilidade, etc.

Nessa verdadeira atmosfera de poder e otimismo em torno das tecnologias de informação na área de saúde, os hospitais chegam a investir entre 150 a 250 milhões de dólares, Nielsen (2001). Todo esse investimento vem encontrando várias críticas principalmente devido à busca querer tratar a atividade do profissional de saúde como algo processual, que pode ser automatizado, descaracterizando completamente os aspectos subjetivos. Uma outra questão refere-se à falta de padronização na comunicação entre hospitais, instituições locais e entre centros mais avançados (Bonnerup & Frelle-Petersen 2001). Sobre o fator padronização, para (Vingtoft et al. 2000, Andersen 2001) devido à complexidade e subjetividade da prática médica, padronizar procedimentos de atendimento de saúde é uma tarefa difícil que poderá ser flexibilizada, mas apenas a longo prazo. O que fica claro com os discursos dos autores supracitados é que a preocupação com aplicação tecnológica em saúde está seguindo bem mais os pontos tecnicista que os aspectos humanos e organizacionais.

Analisando o desenvolvimento de Sistemas de Informação, Rodrigues Filho (2001; p.98) comenta em seu artigo que mais de 60% da Tecnologia da Informação projetada para as organizações hoje, são falhas, por não atenderem suas reais necessidades de utilização.

Torna-se relevante conhecer uma visão interpretativa do desenvolvimento dos SI, pois segundo Rodrigues Filho (1999; p.5) “há uma predominância do enfoque funcionalista na pesquisa e desenvolvimento de sistemas de informação, embora outros enfoques possam e devam ser utilizados. Intensifica-se a defesa da necessidade de uma mudança de paradigma na pesquisa e desenvolvimento de sistemas de informação, sendo apontadas outras alternativas à ortodoxia existente.”

A introdução da tecnologia da informação tem sido realizada, na área da saúde, de maneira ampla e heterogênea por diversos gestores estaduais e municipais e por iniciativas específicas do nível federal. Conquanto várias delas tenham representado enorme avanço, a reprodução de uma grande diversidade de padrões tecnológicos e de protocolos representa uma possibilidade concreta de que a geração de informações em saúde em bases nacionais seja prejudicada pela emergência de sistemas locais.

Segundo Rodrigues Filho (1999), no caso específico da saúde, é preciso que os profissionais de saúde e as associações médicas e paramédicas comecem a ter papel decisivo na definição dos sistemas de informação, enquanto usuários, propondo até mesmo uma mudança de paradigma, quando necessário, em matéria de desenvolvimento de sistemas.

No Brasil não seria diferente, conceitos como: cartão e prontuário eletrônico do paciente; sistema de gestão médico-hospitalar; atendimento e procedimentos clínicos e até cirúrgicos realizados remotamente, dentre outros, aos poucos vem entrando em cena com as grandes crises e precariedades dos que necessitam de atendimento público em saúde.

Infelizmente, no caso do Brasil, a rápida propagação destas tecnologias não está sendo sustentada por ações governamentais básicas que seguem o modelo apresentado. Os investimentos públicos em TIC vêm tendo mais relevância que os direcionados aos serviços

básicos em saúde da população, ou seja, as rápidas mudanças e aplicações de TIC em saúde no Brasil, ao contrário do quadro apresentado, vêm proporcionando alta disparidade e desapontamento.

Estudos recentes de vários autores, como os de Haux (2005), analisam a evolução tecnológica em saúde considerando: o impacto na mudança de base de dados em papel para base de dados digitais; a centralização de departamentos; mudança dos sistemas regionais de atendimento dos hospitais para sistemas globais com maior compartilhamento de informações; uso pela gerencia administrativa dos dados dos sistemas de informações para cuidados em saúde para definição de estratégias e tomada de decisão, etc.

No entanto, impactos futuros como: eficácia; relação custo benefício; implicações de falha de segurança dos dados digitais; rejeição ao uso e adaptações aos sistemas; interoperabilidade das bases de dados; práticas cooperativas de desenho de sistemas, etc; recebem pouca atenção. Um exemplo real de institucionalização de soluções de tecnologia está ocorrendo em um novo capítulo de sua história no Brasil. Na reportagem da Computerworld em sua revista eletrônica, foi publicada à seguinte manchete: “Regulamentação na área de saúde agita mercado de TI. Convênios médicos, hospitais e profissionais de saúde correm contra o tempo para se integrarem ao novo sistema de padronização de informações criado pela Agência Nacional de Saúde (ANS)”. Segundo a reportagem, a ANS pretende integrar as trocas eletrônicas de informações administrativas e financeiras entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços do setor, incluindo clínicas especializadas, hospitais e profissionais liberais com um sistema denominado de Sistema de Troca de Informação em Saúde Suplementar (Tiss). Como era de se esperar, a reação dos órgãos afetados foi instantânea. O projeto já vem sofrendo várias críticas, principalmente quando os assuntos são processos tecnológicos e prazos fixados pela ANS. Informações da reportagem informavam que a ANS trabalha com o mês de julho de 2006 para estréia de uma primeira fase do Tiss, mas, já decidiu prorrogar este prazo para dezembro do mesmo ano. Na mesma reportagem, Sérgio Pironato Júnior gerente de sistemas da Unimed Paulista, fez o seguinte comentário: “[...] a ANS quer algo muito “positivo”, mas da forma como os prazos estão estabelecidos fica difícil cumpri-los. Acredito que é algo que será prorrogado novamente”. Se uma empresa privada, com uma estrutura de tecnologia e pessoal diferenciado, como será o impacto desse projeto no setor público? Completando o depoimento anterior, Luiz Carlos Suart Júnior, gerente de tecnologia do Hospital 9 de Julho, de São Paulo, admite que ainda há muita dúvida em torno dos mecanismos técnicos que suportarão o Tiss. O gerente comentou: “A ANS criou um modelo de trabalho, mas não estabeleceu como será. Realmente temos muitas dúvidas na infra-estrutura, ainda não sabemos onde hospedar dados e de que forma será essa base de informações”.

Nacionalmente, das iniciativas tecnológicas na área de automação de processos na área de saúde o cartão nacional de saúde e o prontuário eletrônico do paciente merecem destaque e um discurso mais aprofundado. Nos próximos itens trataremos um panorama das duas ferramentas trazendo uma comparação com ações internacionais no mesmo âmbito.

### **O serviço público de saúde e a aplicação da tecnologia de Cartão eletrônico e prontuário eletrônico de saúde: experiências**

O Cartão eletrônico pode ser considerado um dispositivo de automação cujo objetivo principal é identificar através de dados armazenado nele mesmo ou consultados em base de

dados informatizadas o perfil do proprietário e ou serviço que se deseja obter. Mesmo a despeito de críticas quanto à segurança, privacidade, custo de manutenção e outros fatores, a visão de automação processual vem levando cada vez mais o uso de cartões magnéticos em agências bancárias, postos de abastecimento de combustível, serviços de gás, alimentício, dentre outros.

Na área de saúde as iniciativas para uso do cartão eletrônico já são capazes de apresentar resultados tanto em países desenvolvidos onde a área atende com excelência aos anseios da população como em países como o Brasil.

Nos dois itens posteriores trataremos um panorama simplista das experiências de aplicação da tecnologia de cartão eletrônico de saúde.

### **3. O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE**

O prontuário do paciente foi desenvolvido por médicos e enfermeiros para garantir uma memória sistemática dos fatos e ventos clínicos sobre cada indivíduo de forma que todos os demais profissionais envolvidos no processo de atenção de saúde poderiam também ter as mesmas informações (Slee, Slee e Schmidt, 2000). Desta forma, localmente, ou seja na instituição onde o paciente está recebendo cuidados, o prontuário representa o mais importante veículo de comunicação entre os membros da equipe de saúde responsável pelo atendimento.

Com a proposta de oferecer maior efetividade, segurança e agilidade para com o uso do prontuário, através da aplicação tecnológica surgem os prontuários eletrônicos. O Prontuário eletrônico pode ser caracterizado e proposto como um meio físico, um repositório onde todas as informações de saúde, clínicas e administrativas, ao longo da vida de um indivíduo estão armazenadas.

Por sua vez, o Computer-based Patient Record Institute define o prontuário eletrônico ressaltando que “um registro computadorizado de paciente é informação mantida eletronicamente sobre o estado de saúde e os cuidados que um indivíduo recebeu durante toda sua vida”.

Vários autores (Dick, Steen e Detmer,1997; Murphy, Hankene Waters, 1999; e Anderson,1999) apontam riscos e obstáculos críticos no desenvolvimento e implantação do PEP:

- Completa participação do profissional de saúde no desenvolvimento de qualquer solução de aplicação tecnológica na área. A exemplo do prontuário médico, a não ocorrência desse envolvimento multiprofissional, acarreta o desenvolvimento de um sistema ineficiente, e incapaz de atender as necessidades reais dos usuários. Por isso, é fundamental que esteja presente na equipe de desenvolvimento um profissional experiente com formação em informática médica.
- Incapacidade de padronização: a prática do atendimento a saúde é um atividade de alto grau de subjetividade. Nessa perspectiva ocorrência ou a falta de padronização nos sistemas provoca a perda ou inviabiliza muito dos recursos que podem ser disponibilizados, como alertas, sistemas de apoio à decisão, pesquisas clínicas e outros.
- Compatibilizar campos estruturados com texto livre no PEP. Ao utilizar campos estruturados há uma tendência em se forçar à entrada de dados estruturada, ou seja, algumas informações peculiares e de importância podem deixar de ser registradas enquanto campos outros são deixados sem dados. Pesquisas em andamento como sugestão

para a impossibilidade estrutural sugere a adoção de texto livre pela semelhança aos hábitos de documentação por escrita à mão no prontuário em papel.

- Segurança e confidencialidade: a construção de sistemas que não valorizam a segurança e confidencialidade dos dados do paciente podem estar fadados ao fracasso e desencadear processos legais contra a instituição. Além, disso, contribuem para criar ou aumentar a falta de confiança dos usuários.
- Falta de infra-estrutura: para o intercâmbio de dados e gerenciamento de recursos são necessários a adoção de padrões de comunicação, leis e regras que regulamentem o processo de transmissão, especialistas no desenvolvimento de sistemas de PEP e redes locais, regionais e nacionais.
- Aceitação pelo usuário: se o usuário não for envolvido no processo desde o início de desenvolvimento, participando ativamente e colaborando, ele pode resistir ao uso do sistema e até mesmo desencadear atitudes de sabotagem.
- Aspectos legais: a falta de legislação que regulamente o uso do meio eletrônico como forma de armazenar o prontuário sem papel e o uso de assinatura eletrônica são importantes fatores que bloqueiam a difusão do PEP.
- Conteúdo do PEP: ainda não há consenso e muitos aspectos referentes ao conteúdo têm sido apresentados por diferentes autores.
- Mudança de comportamento: estar convencido da necessidade de mudar e aceitar incorporação de novos recursos não quer dizer comportamento alterado. Sistemas que interferem nos hábitos rotineiros das pessoas, em geral não são bem aceitos ou demoram algum tempo para serem aceitos, exigindo portanto, envolvimento e constante treinamento e ensino.

Um novo adereço tecnológico que segue com a proposta de ser acrescida ao prontuário eletrônico do paciente é o cartão eletrônico de saúde. Em países desenvolvido como o Canadá, a introdução do Cartão de Saúde (Quebec Health Card Act) foi alvo de mudanças consideráveis no serviço público de saúde. Tais mudanças foram consideradas um flagrante ao princípio da universalidade (Prémont, 2002). Além desse fato, questionamentos sobre a privacidade dos dados da população e gastos elevados que beneficiariam apenas os interesses acadêmicos e médicos, levaram parte da sociedade a caracterizar o projeto como perigoso chegando até a pedirem seu cancelamento. Um outro argumento foi que “o dinheiro gasto com o desenvolvimento e implementação do cartão magnético de saúde seria mais bem direcionado quando usado para prover serviços públicos de maior necessidade e urgência. Investimentos nessa solução tecnológica deveriam aguardar até que testes mais apurados e cuidadosos venham a ser realizados em outro lugar” (Centre of Bioethics, 2002).

Já na Austrália, o governo anunciou em Abril de 2006 planos de adoção mais avançadas de sistemas de informação e um projeto recente de adoção cartão eletrônicos de

saúde onde, a partir de consultas a uma base única com todos os dados dos Australianos, seria usado como mecanismo de identificação e para acesso a serviços de saúde e previdência. Mesmo com toda a preocupação dispensada ao projeto, várias foram as críticas e alertas sobre a possibilidade de fraudes, roubo e uso indevido dos dados centralizados por pessoas não autorizadas. Em (Electronic Frontiers Austrália – EFA, 2006) houve uma série de discussões envolvendo centralidade dos dados e a possibilidade de fraudes. Ainda concernente ao projeto de Cartão de Saúde da Austrália, várias críticas envolveram pessoas, instituições e até Associação Médica Australiana (AMA) ao se pronunciar expôs: “Ao incluir dados pessoais em um cartão com propósito governamental, há um enorme risco para a vida do paciente e para o profissional médico”.

A Inglaterra, em seu projeto nacional de saúde, aplicou £6.2 bilhões na criação do seu registro eletrônico de paciente. Tal programa, além de criticado e rejeitado pela maioria dos ingleses, é considerado como a aplicação tecnológica em saúde pública mais dispendiosa do mundo. Sobre a enorme concentração digital de dados do registro eletrônico do paciente, o (The Guardian, 2006) criticou fortemente a possibilidade de manutenção e viabilidade de uma base de dados única tão grande, chamando de “estupro de dados”. Recentemente, no mesmo País, um grupo de acadêmicos e representantes de organizações de saúde manifestou reações contrárias e questionadoras a respeito da possível falha de segurança e do orçamento insensato despendido com a tecnologia de registro eletrônico.

Porém, vale sempre a observação feita no relatório do Institute of Medicine (IOM, 2004) que afirma que ainda “não é possível comprar um PEP nos dias de hoje que esteja de acordo com os princípios do IOM. Nenhum fabricante tem nenhum produto que chegue perto da visão de interoperabilidade, sem uso de papel, registros que documentam todo e qualquer cuidado, integrando base de dados e bases de conhecimento e oferecendo a segurança necessária.” Mesmo nos países desenvolvidos, o prontuário eletrônico é ainda um processo e não um produto.

No Brasil, embora já haja um série de padrões e soluções de PEP sendo oferecidas pelas empresas de desenvolvimento de sistemas nenhum desses padrões é reconhecido e legalmente patentado pelo governo ou qualquer órgão de representação de profissionais de saúde como Associação Médica, Conselho Federal de Medicina, enfermagem, fisioterapia, dentre outros. Já utilização da tecnologia de cartão magnético para uso nos serviços de saúde, popularmente definida pelo governo com o nome de Cartão Nacional de Saúde, a partir do ano de 2006 passou vigorar e ser requisitado como identificação de qualquer cidadão quando necessitar de atendimento público no Sistema único de Saúde - SUS. Os próximos itens trarão maiores detalhes sobre situação nacional de investimento no cartão nacional de saúde e de outros programas de importância relevante.

#### **4. O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE NO BRASIL**

Pelo conhecimento já apresentado sobre o PEP podemos ainda acrescentar o conceito do Institute of Medicine (IOM): “O registro computadorizado de paciente é ‘um registro eletrônico de paciente que reside em um sistema especificamente projetado para dar apoio aos usuários através da disponibilidade de dados completos e corretos, lembretes e alertas aos médicos, sistemas de apoio à decisão, links para bases de conhecimento médico, e outros auxílios’.” Já para o Computer-based Patient Record Institute (CPRI), PEP é definido como : “Um registro computadorizado de paciente é uma informação mantida eletronicamente sobre

o status e cuidados de saúde de um indivíduo durante toda a sua vida.”. De acordo com Murphy, Hanken e Waters, 1999 temos que PEP é “Um registro eletrônico de saúde é qualquer informação relacionada com o passado, presente ou futuro da saúde física e mental, ou condição de um indivíduo, que reside num sistema eletrônico usado para capturar, transmitir, receber, armazenar, disponibilizar, ligar e manipular dados multimídia com o propósito primário de um serviço de saúde.”

Medicina arte e ciência. De acordo com Osswald (2002), ao mesmo tempo em que a medicina é uma ciência biológica e carece de estudos para se tornar atual, ela também se comporta como arte, sendo: irrepetível, única, individual, subjetiva.

Estudos envolvendo a aplicação de tecnologia de informação em saúde vêm sendo aprofundados nos últimos anos. Em 1984, Peter Reichertz, apresentou em uma conferência um trabalho comparando passado, presente e futuro dos sistemas de informação nos hospitais e, segundo o autor, tecnologia e estudos voltados à saúde, aumentaram a expectativa de vida no mundo inteiro. Peter Reichertz agrupa o uso da tecnologia em saúde, em: sistemas de informação hospitalar, prontuário eletrônico, os sistemas especialistas, telemedicina, os sistemas que apóiam o ensino, os sistemas de apoio à cirurgia e os sistemas utilizados para armazenamento e comunicação de imagens médicas. Esta grande heterogeneidade conduz a um processo de difícil desenvolvimento e um baixo nível de interoperabilidade dos sistemas na área de saúde.

A elevada exacerbação e valorização da visão positivista ao focar o prontuário médico do paciente como sendo apenas mais uma ferramenta de gestão, conduz a um pensamento voltado tão somente a eficiência, não revelando o subjetivismo e a eficácia do agente humano como usuário externo (no caso dos pacientes) e usuários internos (médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, etc.) na execução das tarefas que envolvem o tratamento em todos os momentos da saúde do indivíduo. Grandes grupos de hospitais, como: Akron Children’s, Baptist, Charlotte Memorial, Deaconess, El Camino, Henry Ford, Latter Day Saints, Mary’s Help, Monmouth Medical Center, St. Francis, Washington Veteran’s Administration, e outros espalhados nos EUA, bem como Sweden’s Danderyd Hospital e Karolinska Hospital, England’s London Hospital e Kings Hospital, Germany’s Hanover Hospital na Europa, viveram momentos delicados quando optaram por uma “corrida” e colocaram a tecnológica como prioridade em seus projetos de mudanças organizacionais, observou-se que, após um grande fracasso e elevados prejuízos organizacionais, a complexidade envolvida na administração de paciente foi subestimada. Mesmo com o cenário demonstrado, no Brasil inicia-se sem a mínima preocupação de avaliar estudos remanescentes uma introdução desenfreada, heterogenia e diversificada dos sistemas de saúde por parte dos hospitais, centros de saúde privados e públicos.

Há relação entre como os sistemas são desenvolvidos e como eles são usados na prática, influenciam diretamente todo e qualquer ofício, inclusive na área de saúde. O ambiente cognitivo de trabalho que emerge na área supracitada é formado por um mix de sistema de tecnologia de informação e atividade médica e, em muitos casos, quando aplicado sem uma co-participação de usuários e desenvolvedores, os conduz a sentimentos de repudio, controle, tensão, sentimento de elevadas demandas, pressão de tempo, etc.

As questões relacionadas com a confidencialidade das informações e privacidade dos pacientes, médicos e instituições são também problemas bastante críticos. A proteção do prontuário eletrônico num hospital torna-se mais difícil pelo fato da existência de mais de um leitor, mais de um escritor e pelo fato do sistema poder estar conectado a mais de um local (ALLAERT e DUSSERRE, 1994 apud CARVALHO, 1997). Associados a estes, existem problemas clínicos e legais na aceitação do prontuário. Dentre os problemas clínicos podemos



citar a preocupação dos médicos em relação aos custos adicionais que as medidas de segurança podem envolver.

Outro problema enfrentado é que, algumas vezes, existem divergências entre as visões práticas dos médicos, no que diz respeito aos requisitos de segurança e a visão teórica dos advogados, relacionada com os requisitos legais. Permanecem, ainda, muitos problemas associados com o armazenamento por grande período de tempo dos prontuários eletrônicos.

No Brasil, o CFM através da resolução 1.639/2002 especificou as normas Técnicas para o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio do prontuário médico. Esta resolução dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências. Infelizmente a situação atual demonstra uma grande confusão sobre aos aspectos legais que sondam o prontuário eletrônico. No próximo item trataremos uma reflexão sobre as ações das sociedades de profissionais de saúde e do próprio CFM sobre o assunto do prontuário eletrônico.

### **Ações das sociedades de profissionais de saúde e do próprio Conselho Federal de Medicina**

Longe de ser um simples documento, o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), segundo resolução 1.639/2002 do Conselho Federal de Medicina (CFM), é um registro de fatos que possibilita acima de tudo uma comunicação multiprofissional na assistência de saúde prestada em qualquer etapa a um indivíduo. Com os avanços da tecnologia da informação (TI), das telecomunicações, dos novos métodos de armazenamento e de transmissão de dados, as instituições de saúde públicas e privadas começaram a consultar o CFM sobre a normatização da automação dos processos para gerar e armazenar dados do PEP. Inicia-se, no Brasil, esforços de padronização de um “novo” modelo informatizado de PM denominado Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). A resolução número 1.639/2002 considera os seguintes pontos: a importância histórica do PM para a saúde e seu tratamento; o grande volume de PEP que crescem anualmente nas instituições; legislações arquivistas brasileiras; facilidade de acesso; segurança das informações dentre outros. Apesar de um conjunto de iniciativas voltadas para normalização da utilização de sistemas para guarda e manuseio do prontuário médico, pesquisas em andamento no Brasil, Canadá, Inglaterra e demais países da Europa, apontam para uma forte tendência emocional e uma super valorização da técnica em detrimento do sujeito envolvido. O discurso predominante de usabilidade, processos de desenvolvimento, metodologias, etc, não está sendo capaz de atender a real necessidade da complexa atividade que envolve a saúde. Neste anteprojeto, busca-se iniciar um discurso e apresentar propostas de um “modelo ideal” para PEP a comissão de padronização CFM. Além dos fatores de segurança e requisitos básicos de um PEP, o desenvolvimento de sistemas de informação em saúde é um processo complexo e devem envolver sobre tudo o profissional de saúde os aspectos técnicos, organizacionais, sociais e ambientais.

Apesar da complexibilidade da matéria o que se pode observar como pesquisador imerso na instituição e após encontros com lideranças e representantes médicos é que, nacionalmente, a preocupação mecanicista e o “aprisionamento” aos padrões técnicos impostos por empresas desenvolvedoras de sistemas de informação estão guiando as decisões em torno de adoções tecnológica que trarão mudanças consideráveis a sociedade brasileira mas, mesmo assim, diferente dos desenvolvidos que passaram por uma fase de pesquisa, avaliação e implantação, nacionalmente corremos o forte risco de um projeto de valor dispendioso e incapaz de proporcionar acréscimos ao bem estar da população brasileira, ou seja, mais saúde com dignidade para o cidadão.

## 5. APLICAÇÃO DO CARTÃO ELETRÔNICO DE SAÚDE NO BRASIL

Em 01 de março de 2002 o DATASUS acusava o recebimento de 93.308.664 cadastros recebidos de 5560 municípios brasileiros o que representa 52,1% da população (2004).

Cartão Nacional de Saúde (CNS), também conhecido por Cartão SUS, é um projeto nacional desenvolvido pelo Ministério da Saúde com o objetivo de modernizar os instrumentos de gerenciamento da atenção à saúde utilizando-se tecnologias de ampla difusão, conjugando informática e telecomunicações visando prover o Sistema Único de Saúde (SUS) de uma rede integrada de informações para a realização de uma variada gama de operações e captura de informações.

Envolve além de um cartão de identificação (magnético e/ou smart card), aplicativos de software e equipamentos a ele relacionados e interligados numa rede de conectividade on-line e off-line de base municipal, estadual e nacional. Possui uma numeração nacional unívoca emitida pela Caixa Econômica Federal (base PIS/PASEP) identificando o usuário SUS com um número unívoco nacional e vinculando-o ao sistema de saúde municipal, estadual e agregando-o ao sistema nacional. Além dessas finalidades, o CNS-BR pressupõe ainda instrumentalizar outros processos relacionados às atividades de gestão como o planejamento, execução, controle e avaliação das políticas de saúde.

A exemplo do TISS e do prontuário eletrônico do paciente, a “solução” do CNS vem sendo divulgada como mais um instrumento de benefício para cidadão, sem efetiva comprovação, pelo governo brasileiro desde ano de 1999. Como observado, apesar de já ultrapassarmos o percentual de 50% da população brasileira cadastrada em bases de dados instaladas em computadores de altíssima geração, o que nos comove são as precárias condições de atendimento as quais o cidadão brasileiro é submetido.

De acordo com o Governo Federal, o Cartão Nacional de Saúde é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados. Segundo representantes do Ministério da Saúde, para tanto, é necessária a construção de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde. A partir desses cadastros, os usuários do SUS e os profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação (Ministério da Saúde, 2006).

Como observado e ao compararmos com as experiências anteriores, o cartão nacional de saúde não passa de uma mera ferramenta para identificação. Infelizmente, em comparação com outros países, os profissionais e as organizações de classe médica e de saúde, em geral, não tem promovido nenhuma manifestação quanto à efetividade e segurança do uso de tecnologias de valores tão elevados na saúde pública nacional.

Através da experiência do projeto de implantação do “TISS”, também é possível afirmar que a implantação nacional do cartão nacional de saúde, com a situação atual de atendimento, conhecimento e infra-estrutura para o atendimento nacional de saúde, estão sendo considerados inapropriados e carentes de projetos prévios mais arrojados. Os elevados investimentos em softwares, hardware e redes de comunicação estão “desviando” a atenção do governo dos programas sociais. Estamos criando um atendimento automatizado para um serviço de saúde carente e despreparado. Para um conhecimento mais apurado, a tabela 1 mostra dados oficiais que podem trazer um breve idéia de como está sendo distribuído e priorizado os gastos com saúde e projetos nacionais.

Tabela 1 – Dados das despesas com tecnologias aplicadas a saúde em comparação com investimentos em programas sociais realizadas pelo Governo Brasileiro.

Valores em US\$ 1,000.00

| Gastos Naturais                                 | 2001     | 2002      | 2003     | 2004     | 2005     |
|---|----------|-----------|----------|----------|----------|
| Implementação do Cartão Nacional de Saúde       | 16,538.9 | 22,1456.5 | 13,403.5 | 23,491.4 | 30,810.2 |
| Tratamento e Prevenção do Câncer                | 10,587.9 | 9,756.6   | 9,278.0  | -        | -        |
| Vacinação Populacional                          | 14,430.6 | 9,617.7   | 5,152.0  | 2,664.6  | 3,080.4  |
| Reinserção social de adolescente que infligiram | 7,024    | 7,725     | 4,472.2  | 2,961.7  | 4,633.4  |

Fonte: SIAFI/TCU

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema prontuário eletrônico existe desde que se iniciou a nova cultura da "tecnologia de informação". Até agora houve grandes avanços, principalmente para contas a receber, a pagar e auditorias. Mas, muito pouca coisa se alterou para melhorar o relacionamento médico-paciente. Quase todas as propostas de "prontuário eletrônico", pioram a relação, porque quebra o eixo "olho no olho" entre médico e paciente.

Mesmo como um histórico de experiências de aplicações tecnológicas na área de saúde de vários países, o Brasil segue com um projeto tecnológico dispendioso e que recebe verbas redirecionadas de projetos de atendimentos que acima de tecnologia carece de atendimentos e rotinas básicas para que seja possível a garantia de pelo menos uma sobrevivida com dignidade. Além disso, o que vemos no Brasil é a necessidade de práticas e metodologias participativas de desenvolvimento de sistemas de informação aplicados à saúde (Rodrigues Filho, 2001).

Pelos casos de experiência de aplicação tecnológica na área de saúde de países como Canadá, Inglaterra, Austrália, não objetivamos contrariar nem relegar as aplicações tecnológicas na área de saúde nacional. Desejamos sim que o governo envolva a sociedade leiga, os profissionais e os órgãos de representação de saúde não discusso do que deve ser oferecido e quais os requisitos básicos necessários a saúde do cidadão. Não adianta termos um cidadão com cartão de saúde e com seus dados em bases eletrônicas, mas com uma saúde ameaçada.

## 7. REFERÊNCIAS

|    |   |
|----|---|
| 1. | Bonnerup, E. & L. Frelle-Petersen (2001) Lav et fælles journalsystem. In: Dagbladet Politiken, 8/5 2001.  |
| 2. | Centre for Bioethics – Telehealth Ethics Programme (Documents). Online: <a href="http://www.ircm.qc.ca/bioethique/english/telehealth/suppl_card/suppl_card19.html">http://www.ircm.qc.ca/bioethique/english/telehealth/suppl_card/suppl_card19.html</a> |
| 3. | ComputerWorld. <b>Regulamentação na área de saúde agita mercado de TI.</b> Disponível em:   |

|    |  |
|----|--|
|    | <a href="http://computerworld.uol.com.br/mercado/2006/05/24/idgnoticia.2006-05-24.4091727776">http://computerworld.uol.com.br/mercado/2006/05/24/idgnoticia.2006-05-24.4091727776</a> . Acesso e Publicação em 24 de maio de 2006 - 16h29.   |
| 4. | HAUX, Reinhold. <b>Health information systems — past, present, future</b>  |
| 5. | Institute of Medicine (2001). <i>Crossing the quality chasm: A new health system for the 21<sup>st</sup> century</i> . Washington: National Academy Press.   |
| 6. | Kuchenbecker J, Dick HB, Schmitz K, Behrens-Baumann W. Use of Internet technologies for data acquisition in large clinical trials. <i>Telemedicine Journal and E-Health</i> 7(1):73-76, 2001   |
| 7. | Nielsen, H. F. (2001) Skub i elektroniske patientjournaler. In: <i>Dagbladet Politiken</i> 16/3 2001.  |
| 8. | Prémont, Marie-Claude (2002). The Canada Health Act and the Future of Health Care Care System in Canada. Discussion Paper 4.   |
| 9. | RODRIGUES FILHO, J. O paradigma interpretativo na pesquisa e desenvolvimento de sistemas de informação. <i>Proceedings of the Business Association of Latin American Studies (BALAS)</i> , New Orleans, 1999.  |
| 10 | RODRIGUES FILHO, J. The complexity of developing a nursing information system: a Brazilian experience. In: <i>Computers in nursing</i> . v.19, n.3, p.98-104. may/june 2001  |
| 11 | Slee, V.; Slee, D.; Schmidt, H.J The endangered medical record – ensuring its integrity in the age of informatics, Saint Paul, Minnesota, Tringa Press, 2000   |
| 12 | The Guardian Digital edition. Ministers to put patients' details on central database despite objections. Online: <a href="http://society.guardian.co.uk/e-public/story/0,,1937301,00.html">http://society.guardian.co.uk/e-public/story/0,,1937301,00.html</a> . Acessado em 26.03.2006. |
| 13 | The Guardian Digital edition. Warning over privacy of 50m patient files. Online: <a href="http://society.guardian.co.uk/health/news/0,,1936403,00.html">http://society.guardian.co.uk/health/news/0,,1936403,00.html</a> . Acessado em 26.03.2007.                                       |