

Impactos da Implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente sobre o Trabalho dos Profissionais de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Alice Diniz Mourão

Jorge Tadeu de Ramos Neves

Faculdade Cenecista de Varginha - FACECA

RESUMO

Artigo baseado em pesquisa realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, cujo objetivo foi identificar os impactos da implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) sobre a prestação da assistência à saúde na rede pública municipal daquela cidade. Embora a pesquisa tenha abordado vários aspectos da implantação do PEP, o presente artigo pretende apresentar somente os resultados referentes aos impactos causados pelo PEP sobre o trabalho dos profissionais de saúde e as possíveis causas destes impactos. O município de Belo Horizonte foi o primeiro do país a utilizar a experiência inovadora da tecnologia do prontuário eletrônico, que integra toda a rede de saúde ligada ao SUS. Os resultados da pesquisa mostraram que os profissionais de saúde das unidades informatizadas têm diferentes opiniões sobre os impactos da utilização do prontuário eletrônico do paciente sobre seu trabalho, embora os benefícios e vantagens do PEP sobre o prontuário em papel sejam reconhecidos na literatura e possam ser comprovados pelas declarações de vários entrevistados.

Palavras-chave: Prontuário Eletrônico do Paciente, Informação, Saúde, Impacto

1. INTRODUÇÃO

A área de saúde é uma das mais críticas do Brasil e os avanços em Tecnologia da Informação são essenciais para a disseminação do conhecimento médico, melhorando a assistência ao paciente, diminuindo a margem de erro e aumentando a qualidade da informação referente à história clínica do indivíduo. O foco no processo de trabalho em saúde, ou seja, no registro eletrônico de saúde, possibilita a visão multi-institucional, multi-profissional e de continuidade da assistência.

Comparada com outras áreas da medicina, a informática na saúde é uma área relativamente recente. A primeira aplicação dos computadores em saúde data dos anos 1960 e se restringia às instituições acadêmicas. Naquela época havia dificuldades decorrentes da limitação tecnológica, pois os computadores eram muito caros e difíceis de serem utilizados.

As primeiras tentativas de se implantar o prontuário eletrônico aconteceram nesta mesma década, com os primeiros sistemas de informação hospitalar, que tinham como objetivo principal a comunicação entre as diversas funções do hospital, não havendo, a princípio, uma finalidade clínica real. A evolução destes sistemas para armazenar as informações do prontuário médico foi marcada por um estudo feito pelo *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos, cujas conclusões possibilitaram uma visão do processo de viabilidade, além de declarar o prontuário eletrônico como uma tecnologia essencial para organizar as informações para ensino, pesquisa e melhoria da qualidade da assistência à saúde.

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) se constitui de um banco de dados de informações sobre a história clínica do paciente e seu objetivo é permitir o armazenamento e a recuperação de eventos clínicos de um indivíduo de forma que todos os profissionais de saúde possam ter acesso, possibilitando assim uma melhor assistência ao indivíduo. Além disso, oferece também a possibilidade de utilização destas informações para se realizar estudos, se comparar resultados e criar novo conhecimento. O Prontuário Eletrônico do Paciente pode representar um novo conceito de tratamento da informação em saúde e servir de instrumento para auxiliar no diagnóstico e no tratamento da saúde de uma pessoa, onde quer que ela esteja, e sob quem quer que estejam os seus cuidados médicos.

Apesar desta constatação, a adoção do Prontuário Eletrônico do Paciente não acontece com a rapidez e facilidade esperados. Vários são os fatores que dificultam a implantação do PEP, sendo que os aspectos mais citados na literatura estão relacionados ao profissional de saúde: a resistência em operar o computador, a alteração do processo de trabalho e o impacto no relacionamento com o paciente.

A partir destas considerações, o presente artigo pretende responder à seguinte questão: quais os impactos da utilização do PEP sobre o trabalho dos profissionais da rede municipal de saúde de Belo Horizonte?

1.1. A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), órgão da administração direta da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, tem por missão institucional estruturar a atenção à saúde no município, buscando cumprir os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses princípios constitucionais objetivam o atendimento universal, a integralidade das ações, a garantia de acesso e a equidade na atenção à população de Belo Horizonte. Atendendo aos princípios do SUS, a rede municipal de saúde de Belo Horizonte está organizada em três níveis de atenção: primário ou básico, secundário ou especializado e terciário ou hospitalar.

Baseada na reivindicação da saúde como direito social, a SMSA-BH optou pela reorganização dos serviços de saúde em base territorial, através da definição de nove Distritos Sanitários. Cada um dos nove Distritos Sanitários tem definido um determinado espaço geográfico, populacional e administrativo de sua abrangência. Em média, 15 a 20 unidades básicas fazem parte de um Distrito, além da rede hospitalar pública e contratada.

Em 2002 a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte deu início à implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente no Distrito Oeste. Este sistema visa auxiliar a gestão pública na saúde e deverá abranger toda a rede assistencial básica especializada e de urgência do município. O objetivo final da SMSA-BH é ter toda a estrutura de saúde do município funcionando on-line. A iniciativa irá beneficiar parcela considerável da população, uma vez que os usuários do sistema de saúde gerenciado pelo município representam 60% dos habitantes da cidade, perfazendo um milhão 600 mil pessoas.

O prontuário eletrônico permite ao médico acessar, on-line, todos os dados relativos aos pacientes em qualquer um dos Centros de Saúde informatizados. Dos nove Distritos Sanitários, três já tinham o Prontuário Eletrônico implantado quando da realização desta pesquisa (final de 2006), e nos quais ela foi realizada: Oeste, Venda Nova e Barreiro.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A revisão teórica foi estruturada em dois pilares básicos: a Tecnologia da Informação (TI) e o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

A Tecnologia da Informação exerce um papel fundamental no suporte à área de saúde e em particular ao Prontuário Eletrônico do Paciente, pois provê os meios necessários para coletar, armazenar e processar as informações relativas à assistência prestada ao paciente, as quais serão transformadas em conhecimento médico.

Sobre a Tecnologia da Informação aborda-se sua revolução, os impactos sociais causados por sua disseminação, a resistência dos usuários aos sistemas de informação e finalmente sua influência sobre a área de saúde. Sobre o Prontuário Eletrônico do Paciente aborda-se sua origem, evolução, vantagens, desvantagens, obstáculos e aspectos éticos e legais ligados à sua utilização.

2.1. A TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

2.1.1. A REVOLUÇÃO DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Estamos vivendo em um mundo altamente globalizado onde a tecnologia preside a nossa civilização e deverá continuar presidindo pelo menos em um futuro próximo. O mundo se apresenta para nós aberto a imensas possibilidades de inovações e a tecnologia oferece ao homem a possibilidade de exercer sua criatividade como jamais sonhou com a perspectiva de poder criar cada vez mais e quase ilimitadamente. Expressões como “Era da Informação” e “Sociedade da Informação” encontram-se hoje incorporadas ao vocabulário de um número significativo de pessoas e evocam, sobretudo, a recente introdução no nosso dia-a-dia das tecnologias da informação.

Castells (2005, p.67) define tecnologia como “o uso de conhecimentos específicos para especificar as vias de se fazerem às coisas de forma reproduzível” e define tecnologia da informação como “o conjunto emergente de tecnologias em microeletrônica, computação (software e hardware), telecomunicações/rádiodifusão e optoeletrônica”. Em seu livro “A Sociedade em Rede”, Castells (2005) dedica um capítulo inteiro para a Revolução da Tecnologia da Informação. Nele o autor traça um histórico de como as novas tecnologias da informação se difundiram pelo globo em menos de duas décadas, entre meados dos anos 70 e 90 e culminaram, nos dias atuais, com o surgimento da Internet, que permitiu a eliminação de barreiras geográficas e conectou o mundo todo em redes de computadores.

Castells (2005) esclarece que a tecnologia não determina a sociedade, nem a sociedade determina o curso da transformação tecnológica, visto que muitos outros fatores, como criatividade e iniciativa empreendedora influenciam no processo de descoberta científica, inovação tecnológica e aplicações sociais, de forma que o resultado depende de todo um conjunto de fatores. Entretanto, o autor afirma que “embora não determine a evolução histórica e a transformação social, a tecnologia incorpora a capacidade de transformação das sociedades, bem como o uso que as sociedades decidem dar ao seu potencial tecnológico” (CASTELLS, 2005, p. 44).

2.1.2. IMPACTOS SOCIAIS DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

A Tecnologia da Informação compreende o complexo tecnológico que envolve computadores, softwares, redes de comunicação eletrônica pública e privada, rede digital de serviços, telecomunicações, protocolos de transmissão de dados e outros serviços. Segundo

Brito (1999), a Sloan School of Management iniciou no final da década de 1980 um programa de pesquisa, cujos resultados são apontados por Morton (1991):

- a) As tecnologias da informação estão provocando profundas alterações na organização do processo de trabalho. O impacto causado pelos avanços tecnológicos é diretamente proporcional ao uso da informação e conhecimento para sustentar a organização;
- b) As tecnologias da informação viabilizam a integração entre as diversas unidades do negócio ao nível da organização e além de suas fronteiras, ou seja, permite a integração entre organizações que se localizam em áreas geograficamente dispersas;
- c) A introdução bem sucedida da Tecnologia da Informação requer mudanças nas estratégias de gestão e na estrutura organizacional, o que pressupõe uma mudança da cultura organizacional.

Os desafios a serem enfrentados para introduzir as tecnologias da informação podem ser de ordem social, econômica ou tecnológica (LIMA apud BRITO, 1999):

- a) Social: a cultura das organizações interconectadas passa a exercer uma forte influência sobre as operações do sistema de informação, provocando a obstrução do processo de comunicação nas organizações;
- b) Econômica: a implantação das tecnologias da informação representa um alto investimento para as organizações;
- c) Tecnológica: a incompatibilidade de softwares, hardwares e protocolos de transmissão de dados representam alguns entraves a implantação dos sistemas de informação na organização.

As restrições à introdução das tecnologias da informação também estão relacionadas ao contexto interno das organizações. A Tecnologia da Informação pode provocar resistências individuais e coletivas, oriundas de ansiedades, incertezas, ameaça de mudanças culturais e à estrutura do poder. Esta mudança implica também no aprendizado de novas orientações e no rompimento com velhos conceitos e experiências passadas e pode vir acompanhada de medo do desconhecido, especialmente quando estiver em risco a auto-estima, a reputação e a carreira das pessoas.

2.1.3. A RESISTÊNCIA DOS USUÁRIOS AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Segundo Magalhães (2006), a resistência à implantação de Sistemas de Informação representa uma das maiores causas do insucesso dos projetos de informatização nas organizações. O autor cita a Teoria da Resistência de Usuários a Sistemas de Informação desenvolvida por Kling (1980) e da qual derivou outra teoria defendida por Markus (1983), na qual a resistência dos usuários a Sistemas de Informação está relacionada a três vetores:

- a) Vetor Pessoas: analisa o fato de que a resistência pode derivar-se de fatores inerentes a pessoas ou grupos. Nesse caso, as pessoas podem possuir algumas características especiais que as impede de usar os sistemas, como, por exemplo, o simples fato de não gostar do computador, falta de conhecimento ou falta de treinamento na tecnologia.
- b) Vetor Sistema: está associado à falhas no projeto do sistema ou falta de infra-estrutura. Características do sistema como interface com o usuário, falta de adequação às necessidades do mesmo, pouca flexibilidade ou falta de segurança são fatores associados a esse vetor.
- c) Vetor Interação: pessoas e sistema podem interagir criando o terceiro vetor de resistência à implementação dos sistemas, o vetor interação. Este vetor não identifica nem o sistema nem o ambiente organizacional como causas da resistência, mas a interação entre ambos.

A introdução dos Sistemas de Informação leva a uma modificação na estrutura da organização, afetando as relações de poder, e introduzindo uma diminuição de autonomia e

um aumento do controle. Para Markus (1983), citado por Magalhães (2006), o fator chave para entender a resistência é o poder. Se os usuários percebem que o sistema trará perda de poder, então eles tendem a resistir. O contrário acontece se eles percebem que o sistema pode aumentar seu poder.

2.1.4. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E SAÚDE

A relação da tecnologia - entendida como o conjunto de conhecimentos, principalmente científicos, aplicados a um determinado ramo de atividade - como a medicina, nunca foi tão intensa como nos últimos 20 anos. A tecnologia desempenha hoje um papel fundamental na prática da medicina, agilizando diagnósticos e procedimentos, clínicos e cirúrgicos, e garantindo-lhes maior qualidade. Nos próximos 5 anos teremos ainda maior grau de tecnologia aplicada à medicina e maior número de pessoas beneficiadas por ela (ALMEIDA, 2000).

Quando se fala especificamente em tecnologia da informação este contexto não é diferente. A grande velocidade de informações e a crescente necessidade de disseminação dos conhecimentos obtidos na área de saúde fazem com que a tecnologia da informação assuma um papel de grande importância no armazenamento, compartilhamento e transferência de conhecimento entre os profissionais de saúde. O atual nível de desenvolvimento da tecnologia da informação permite que praticamente qualquer processo relacionado à área de saúde seja informatizado, embora algumas questões como cultura e disponibilidade financeira ainda sejam obstáculos para a informatização dos hospitais e consultórios médicos.

A informática na área de saúde tem como objetivo principal colocar o computador no ponto de assistência, ou seja, no consultório médico, ambulatorial, enfermaria, sala de cirurgia e no próprio leito hospitalar, permitindo o acesso à informação clínica, medicamentos, ficha do paciente e monitoração dos sinais. Sem um sistema adequado de informações, a criação, o armazenamento e a recuperação das informações dos pacientes são feitos de forma trabalhosa e redundante, exigindo muito tempo e esforço para documentar e permitir o compartilhamento das informações a todos os profissionais que delas necessitam.

2.2. O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE

2.2.1. DO PRONTUÁRIO MÉDICO AO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Segundo Massad, Marin e Azevedo Neto (2003), o prontuário, ou registro médico, passou a ser visto como uma atividade inerente à prática médica no final do século XVIII, sendo parte das transformações do conhecimento e das práticas médicas que caracterizaram o advento da medicina moderna, diferenciando-se na forma, conteúdo e significado, dos registros elaborados anteriormente pelos médicos, que se caracterizavam pelo relato de casos, sem padrão definido, e que visavam registrar aqueles casos considerados excepcionais e que não deveriam ser esquecidos.

Entretanto, os autores explicam que o prontuário em papel já vinha sendo utilizado há muitos anos. No século V a.C. os médicos foram estimulados por Hipócrates a fazerem seus registros por escrito, com o objetivo de refletir de forma exata o curso da doença e a indicar as suas possíveis causas. Até o início do século XIX os prontuários eram escritos a partir do que os médicos viam, ouviam e sentiam e se constituíam de um documento único, contendo as informações de todos os pacientes, organizados em ordem cronológica dos acontecimentos.

O prontuário individual teve sua origem em 1907, na Clínica Mayo, nos Estados Unidos, quando foi adotado o registro individual das informações dos pacientes que passaram a ser arquivados separadamente, surgindo assim o prontuário centrado no paciente.

A necessidade do registro de todos os encontros entre médicos e pacientes decorre de uma mudança profunda na compreensão da natureza da doença, pensada agora como um processo e só passível de ser diagnosticada através da observação sistemática, minuciosa e constante dos sintomas e sinais [...] relatados e apresentados pelos pacientes (MASSAD, MARIN e AZEVEDO NETO, 2003, p. 39).

Conforme explicam Massad, Marin e Azevedo Neto (2003, p. 43): “prontuário vem do latim ‘promptuarium’, que significa lugar onde se guardam ou depositam as coisas de que se pode necessitar a qualquer instante”. O prontuário constitui-se em elementos essenciais para o desenvolvimento da atenção aos pacientes, para a pesquisa e para a administração da área de saúde.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), através da resolução no. 1638/2002, define o prontuário médico:

Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimento e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) pode ser definido como o prontuário médico armazenado em meio eletrônico e é um termo largamente utilizado na informática em saúde. O Institute of Medicine (IOM), define o Prontuário Eletrônico do Paciente como “um registro eletrônico que reside em um sistema projetado para apoiar os usuários, fornecendo acesso a um completo conjunto de dados corretos, alertas, sistemas de apoio à decisão e outros recursos, como links para bases de conhecimento médico”.

Para Cunha & Silva (2005) os registros eletrônicos ganham importância fundamental pela possibilidade oferecida, por exemplo, pelos bancos de dados, nos quais uma única informação possibilita, com o cruzamento dos dados, o atendimento às diferentes necessidades de informação.

Moraes (2002) cita que a informação em saúde, nas últimas décadas do século XX, vem mudando sua imagem. Antes, quando se fazia referência à informação em saúde, a idéia que vinha à mente era a dos grandes arquivos localizados nos Serviços de Arquivo Médico e Estatístico (SAMEs), que eram setores vistos como um espaço monótono, repetitivo e muitas vezes empoeirados. Os prontuários clínicos, quando existiam, eram associados a um emaranhado de papéis riscados, pois as letras dos médicos, em geral, assemelham-se a riscos que somente o próprio médico consegue traduzir. Hoje em dia, com a implantação do prontuário eletrônico, a tendência é que os espaços onde se processam as informações sejam cada vez mais claros e bem refrigerados, devido às necessidades dos computadores e seus periféricos.

Para Possari (2004), o PEP é, ao mesmo tempo, objeto e processo, visto que descreve e registra toda a cadeia de eventos desde a entrada do paciente no sistema até os serviços médicos prestados, como procedimentos, prescrições e exames. A sua proposta básica é reunir

os diferentes tipos de informações relativas ao estado de saúde e à assistência prestada ao paciente, durante todo seu tempo de vida.

2.2.2. BENEFÍCIOS DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Majewisky (2003) citando Belian e Novais, afirma que os benefícios obtidos com a informatização do prontuário são inúmeros, podendo-se considerar desde a melhoria do atendimento ao paciente, garantida pela continuidade da assistência prestada, integrando informações de diversas fontes, até a economia de espaço e melhor acondicionamento dos dados mantidos em meio eletrônico. O atual avanço da Tecnologia da Informação traz os recursos necessários para a implementação de prontuários eletrônicos eficazes. Com o advento da informatização do prontuário do paciente, os registros são acessados com maior agilidade, facilitando o compartilhamento e o acesso simultâneo a informações sobre pacientes para os integrantes de uma instituição de saúde.

Possari (2005) afirma que o Prontuário Eletrônico do Paciente pode proporcionar aos profissionais de saúde maior tempo ao lado do paciente na prestação da assistência, fornecer informações para gerenciar o custo direto e indireto por paciente, permitir avaliar o agir profissional, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento científico dos profissionais da área de saúde. O PEP pode ser considerado um sistema poderoso de apoio, para dar suporte ao cuidado à saúde, garantindo a melhora da qualidade de informação, facilitando o acesso aos dados, permitindo a assistência com foco no paciente, disponibilizando seus dados clínicos através de registros eletrônicos acessíveis, seguros e altamente úteis.

De um modo geral, há um consenso sobre as vantagens do prontuário eletrônico em relação ao prontuário em papel, uma vez que o primeiro evita a deterioração, a perda ou adulteração da histórica clínica, a duplicação de prescrições terapêuticas e de exames, com evidente redução de custos. Também permite reunir toda a informação do paciente, identificando-o univocamente e preservando sua identidade, além de armazenar informações inter-consultas (GOST GARD, MORRIS *et al*, SANCHES MOSOLO *et al apud* PNIIS, 2004).

2.2.3. DIFICULDADES NA IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Alguns fatores devem ser considerados no momento da implantação e utilização de um sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente . Para Massad, Marin e Azevedo Netto (2003, p.18), as principais barreiras para se chegar a um prontuário eletrônico são:

- a) Falta de planejamento estratégico na implantação do sistema;
- b) Pouco ou nenhum incentivo interno da organização para atingir a integração clínica, uma vez que a idéia de visualizar o todo para tratar uma das partes não é praticada por todos;
- c) Autonomia dos hospitais;
- d) Falta de planejamento do atendimento à saúde da população.

Segundo os referidos autores, o desafio para implantação de um PEP ainda é grande, assim como a sua complexidade. A maior dificuldade está no registro, controle e recuperação das informações clínicas. A utilização do PEP não tem sido dificultada necessariamente pela tecnologia, mas está relacionada à forma de trabalho dos profissionais ou é de natureza

organizacional. Não basta que os sistemas estejam integrados, é necessário que os profissionais também estejam.

Portanto, para se obter benefícios com o Prontuário Eletrônico do Paciente é preciso saber usá-lo. Neste sentido, ele oferece aos profissionais de saúde informações valiosas e atualizadas, que podem ajudar no diagnóstico. Mas apesar de todas as facilidades oferecidas pelo PEP, os médicos questionam o uso da tecnologia, afirmando que o computador não pode pensar por eles e que se preocupam com a segurança dos arquivos que podem quebrar o sigilo médico (RUIZ apud MAJEWISKI, 2003).

Concluindo, a partir dos conceitos e estudos já existentes sobre o Prontuário Eletrônico do Paciente, este artigo analisa, através de uma pesquisa realizada na rede municipal de saúde de Belo Horizonte, quais são os seus impactos sobre o trabalho dos profissionais de saúde, no que se refere à utilização desta ferramenta para registro das informações dos pacientes e para utilização destas informações na disseminação do conhecimento médico.

3. METODOLOGIA

Como o objetivo da pesquisa foi identificar os impactos da utilização do PEP em uma rede de saúde específica, a abordagem de pesquisa escolhida foi de natureza qualitativa, pois este tipo de abordagem, segundo explica Godoy (1995), tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental, valorizando o contato direto do pesquisador com o ambiente e a situação estudada.

Vergara (1997) classifica os métodos de pesquisa qualitativa em relação a dois aspectos: quanto aos fins e quanto aos meios. Quanto aos fins, esta pesquisa se classifica como exploratória, pois, para atingir seus objetivos, envolveu levantamento bibliográfico, entrevistas com indivíduos ligados ao problema estudado e análise de exemplos reais a fim de estimular a compreensão do tema. Além disso, foi realizada em uma área da saúde onde há pouco conhecimento acumulado e sistematizado: a área de informática e, mais especificamente, o Prontuário Eletrônico do Paciente. Quanto aos meios, a pesquisa se caracteriza como estudo de caso, entendido por Trivinos (1987) como a categoria de pesquisa que tem como objeto de estudo uma unidade, como pode ser considerada a rede municipal de saúde de Belo Horizonte, analisada em profundidade, no que se refere à utilização do Prontuário Eletrônico do Paciente.

Segundo Yin (2001, p.32):

Um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

3.1. COLETA DE DADOS

A entrevista foi o instrumento de coleta de dados fundamental, “porque esta, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis, para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (TRIVINOS, 1987, p.146).

Optou-se por adotar a entrevista semi-estruturada com os médicos (generalista, clínico, pediatra, psiquiatra e ginecologista) e demais profissionais de saúde (enfermeiro, psicólogo, assistente social e farmacêutico) das unidades dos distritos Oeste, Venda Nova e Barreiro, onde o PEP se encontra implantado.

Para realizar as entrevistas, foi utilizado um roteiro dos temas a serem explorados, que serviu como base para as perguntas feitas aos entrevistados. A preocupação durante a coleta e a transcrição das entrevistas foi relatar fielmente a opinião dos entrevistados, sem julgar a pertinência ou não destas opiniões. As citações foram transcritas sem alterações de erros de português ou vícios de linguagem, de forma a manter a autenticidade das falas. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

Foram também utilizadas fontes secundárias de dados, como apresentações feitas internamente pelos funcionários dos distritos, relatórios de utilização do sistema, publicações disponíveis no site da Prefeitura de Belo Horizonte, artigos apresentados em congressos, além de atas de reuniões realizadas pelos distritos durante a informatização.

3.2. UNIVERSO, AMOSTRA E SELEÇÃO DOS SUJEITOS

O universo da pesquisa de campo foi a rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) possui nove distritos (ou regionais), sendo que três distritos já utilizam o prontuário eletrônico em suas unidades. A amostra foi definida pelo critério de tipicidade (Vergara, 2003), e composta pelos três distritos onde o prontuário eletrônico já se encontrava implantado: Distrito Oeste, Venda Nova e Barreiro. A pesquisa foi feita em uma unidade ou mais, de cada distrito, visando o acesso aos profissionais que atendiam aos critérios estabelecidos. Foram 27 os sujeitos de pesquisa assim caracterizados:

- a) Um médico de cada especialidade (médico generalista, clínico, pediatra, ginecologista e psiquiatra) de um dos centros de saúde localizados em cada um dos distritos informatizados, num total de 15 médicos;
- b) Um profissional de cada categoria que trabalha diretamente com o PEP (enfermeiro, farmacêutico, psicólogo e assistente social) de um dos centros de saúde localizados em cada um dos distritos informatizados, num total de 12 profissionais.

Cada entrevista gravada e transcrita foi codificada, visando identificar a categoria do profissional pesquisado e ao mesmo tempo preservar sua identidade. Assim, cada categoria de profissional foi assim codificada: “GE” para médicos generalistas; “CL” para Clínicos; “PE” para pediatras, “GI” para ginecologistas; “EN” para enfermeiros, “PQ” para psiquiatras, “PS” para psicólogos, “AS” para assistentes sociais e “FA” para farmacêuticos. Cada entrevistado também recebeu um número associado à sua categoria. Desta forma passaram a ser identificados como “GE1”, “GE2”, “GI1”, “GI2” e assim por diante.

Para ilustrar a análise dos resultados apresentados, foram transcritas algumas partes das falas dos entrevistados, as quais, para que ficassem destacadas das citações dos autores pesquisados, foram colocadas em *itálico*.

3.3. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

À medida que os dados eram coletados, foi procedida à análise de conteúdo.

Bardin, citado por Trivinos (1987) define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens. Esta técnica de pesquisa apresenta as seguintes características: objetividade, sistematização e inferência. A objetividade refere-se à explicitação das regras e dos procedimentos utilizados em cada etapa da análise de conteúdo (categorias, critérios utilizados para registrar e codificar o conteúdo). A sistematização diz respeito à inclusão ou exclusão do conteúdo ou categorias de um texto de acordo com regras consistentes ou sistemáticas. A inferência é a fase intermediária entre a primeira e a segunda, que permite a passagem de uma para outra.

A seguir serão apresentados os resultados obtidos com a pesquisa de campo.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Observou-se que o perfil dos profissionais de saúde é muito variado, no que se refere à faixa etária. Foram entrevistados tanto profissionais mais jovens como também profissionais mais antigos na rede e de maior faixa etária. A pesquisa mostrou que houve uma dificuldade quase geral dos profissionais de saúde em se adaptarem ao prontuário informatizado. Apesar desta dificuldade ter sido percebida nas pessoas de maior faixa etária e em profissionais mais antigos na rede, também foi possível perceber que alguns profissionais mais jovens não se adaptaram facilmente ao prontuário eletrônico. Segundo os profissionais entrevistados, os maiores impactos da implantação do prontuário eletrônico foram sentidos nos seguintes aspectos:

- a) Aumento do tempo de atendimento do paciente;
- b) Interferência na relação médico-paciente (ou profissional-paciente, já que nem todos os profissionais entrevistados são médicos);
- c) Organização e sistematização do atendimento;
- d) Melhoria do acesso às informações do paciente.

Com relação ao tempo de atendimento, dos 27 profissionais entrevistados 14 deles, ou seja, mais de 50% dos profissionais, afirmou gastar mais tempo com o atendimento de um paciente do que quando utilizava o prontuário em papel, na medida em que passou a ser necessário registrar todo o atendimento no computador a partir dos passos definidos pelo sistema:

“Eu tive que mudar em relação ao número de pacientes atendidos. O atendimento realmente ficou muito lento, principalmente até a gente se adaptar com o programa (...). Mas antes no manual eu chegava a atender 25 a 30 pessoas por dia. Hoje no eletrônico, se for olhar o que eu atendi no eletrônico não deve estar passando de 10, 12 pessoas” (GE2).

Alguns profissionais confessaram que este aumento no tempo de atendimento é devido à sua dificuldade em lidar com a informatização:

“Meu atendimento ficou mais lento pela minha dificuldade e habilidade para lidar com o equipamento e eu tinha que desviar esse tempo do exame físico, da entrevista, da anamnese para o procedimento de mexer, operar uma máquina para a qual eu não tinha habilidade (...)” (CL1).

Outros profissionais acreditam que a culpa é do modelo da rede pública de saúde do país. Existe uma cobrança da produção que faz com que os profissionais se preocupem muito com a quantidade de pessoas atendidas e afirmaram que tiveram que mudar a forma como escreviam as informações do paciente no prontuário:

“(...) Eu tive que reduzir o que eu escrevo, eu escrevo quando eu posso, ou escrevo na próxima consulta, escrevo resumido o que aconteceu, prá dar atenção pro paciente e prá não demorar mais pros próximos” (PQ2).

A única categoria onde todos os profissionais disseram que o tempo de atendimento melhorou foi a dos farmacêuticos. Estes profissionais, ao contrário dos médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, não atendem consulta, mas somente dispensam os medicamentos prescritos pelos médicos aos pacientes. Isto mostra que, para a farmácia, o PEP parece ter agilizado o trabalho dos profissionais. Um enfermeiro também disse que o tempo de atendimento melhorou. Também é interessante observar que este profissional declarou não ter dificuldades com a máquina e nem resistência à informatização. Portanto somente 4, dos 27 profissionais entrevistados, disseram que o tempo de atendimento melhorou. Os demais profissionais, num total de 9, disseram que o tempo de atendimento ficou inalterado.

O segundo impacto mais citado foi na relação médico-paciente (ou profissional-paciente). Dos 27 profissionais entrevistados, 15 acreditam que a relação médico-paciente é afetada negativamente pelo prontuário eletrônico. Somente dois profissionais disseram que o prontuário eletrônico melhorou a relação com o paciente e 10 disseram que ela não foi afetada.

A maioria dos profissionais afirmou que se incomoda com o fato de ter o computador como “uma terceira pessoa” na consulta. Eles acreditam que a humanização do atendimento fica comprometida e que a muitos pacientes se sentem desconfortáveis ao ver que o médico precisa dividir sua atenção entre ele e uma máquina.

“Eu tinha muito receio de que aquele instrumento eletrônico em cima da mesa servisse como uma barreira, uma dificuldade na relação médico-paciente. Como eu não tinha nenhuma habilidade para mexer com computador, com sistema eletrônico, tudo isso, eu ficava muito mais dirigida e voltada para o eu estava fazendo aqui do que para o paciente propriamente.” (CL1).

Moreira Filho (2005) considera que a relação médico-paciente se estabelece em uma ocasião em que o ser humano se sente inseguro e atemorizado, e que por esse motivo o profissional de saúde precisa ter capacidade de estabelecer relações adequadas com seus pacientes. Esta preocupação foi altamente perceptível entre os profissionais de saúde mental: psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais. Estes acreditam que o paciente também se sente incomodado com a presença do computador, talvez pela natureza das informações que eles passam aos profissionais.

“(...) o computador é como se fosse uma terceira pessoa na consulta, não é eu mais o paciente. Então tem que ter um cuidado enorme. Quando era eu e o paciente, muitas coisas eu escrevia, conversava, como tem um computador aí no meio, não é mais uma relação dual, é uma relação triangular, então isso tira um pouco o valor daquela consulta humanista como era antigamente, né?” (PQ3)

Alguns profissionais disseram que esta foi uma preocupação inicial, que estava muito ligada à falta de familiaridade com o computador, mas que foi sendo contornada com o tempo e que eles acabaram se adaptando à tecnologia.

“No início, como eu tava mais preocupada com o programa do que com o próprio atendimento porque eu não sabia o fluir do protocolo, eu senti falta disso. Meus atendimentos começaram a ficar mecanizados, sem a humanização do atendimento. Ai eu mesmo foi comedindo isso, então hoje, se o paciente veio lá porque ele está com um problema e fala pra mim “ah doutora, eu tô tão triste”... eu páro o que eu to fazendo, digito a ultima coisa, interrompo, ponho a mão em cima da mesa ou no colo e pergunto “o que que foi?”” (GE2).

O problema da relação médico-paciente é abordado por vários autores, quando se fala na informatização do prontuário do paciente. Assad (2001) afirma que a humanização do atendimento, ou a desumanização, causada pelo uso do computador na assistência, é uma preocupação que surgiu no final do século XX, e que deve ser considerada e observada pelos profissionais, evitando que os benefícios que os avanços tecnológicos trouxeram à ciência médica não afastem o médico de seu paciente. “(...) não existe hardware ou software que possam substituir o médico e sua atenção, que abastecem o paciente de esperança”, alerta o autor.

Um impacto positivo citado pelos profissionais foi na organização e sistematização do atendimento. Dos 27 entrevistados, 14 profissionais acreditam que a utilização de protocolos (rotinas a serem seguidas pelo profissional) ajuda a padronizar o atendimento:

“O PEP também ajuda o profissional nas condutas, pois algumas delas já ficam gravadas no sistema, eu posso bater a posologia e já sai na receita básica do paciente, então eu tenho a posologia padrão e só vou adequá-la ao paciente” (PE1).

O acesso rápido ao prontuário e o compartilhamento de informações entre os profissionais foi citado por 25 profissionais como tendo um impacto positivo no trabalho do profissional, pois ajuda na conduta médica e na tomada de decisão além de permitir a monitoração do paciente e o acompanhamento do tratamento.

“Hoje o prontuário eletrônico, eu acessando, desde que o profissional que fez o atendimento anterior tenha alimentado o sistema com essas informações, eu tenho a história garantida para dar uma continuidade ao tratamento. Essa é uma grande vantagem, você não perder as informações” (CL1).

Os profissionais acreditam que esta facilidade de acesso e compartilhamento de informações leva a uma agilização na prestação da assistência, na medida em que permite acessar informações sobre o paciente de forma rápida e possibilita troca de informações entre médicos e entre médico e paciente.

Esta constatação já havia sido citada por Szynal (2001) e por Belian e Novais (citados por Majewski, 2003). Estes autores acreditam que a informatização do prontuário permite

acessar os registros do paciente com maior agilidade, facilitando o compartilhamento e o acesso simultâneo a informações pelos integrantes de uma instituição de saúde.

5. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

A Tecnologia da Informação aplicada à saúde, e em particular ao Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), inclui as informações relativas à assistência prestada ao indivíduo, como diagnósticos, exames e prescrições de medicamentos. Além disso, o PEP inclui também o registro de informações sócio-econômicas referentes ao paciente que possam interferir na sua história clínica. Estas informações, agrupadas em um único local, independentemente de onde ou por quem foi prestada a assistência, permitirão aos profissionais o compartilhamento das informações e sua transformação em conhecimento que possam, além de melhorar a assistência prestada, permitir a troca de experiência entre os profissionais, a avaliação de condutas em casos clínicos semelhantes e a tomada correta de decisão que venham trazer mais efetividade, eficiência e resolutividade no cuidado de cada paciente.

A saúde pública tem como foco a qualidade de vida da população, avaliada segundo o contexto em que está inserida. A atenção básica constitui-se o primeiro nível de atenção em saúde pública, caracterizada por prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. É composta por várias áreas de atuação e não só pela medicina. Considerando estes aspectos, torna-se necessário que essas informações sejam coletadas, organizadas e armazenadas corretamente, de forma a melhorar o atendimento e o acompanhamento do paciente através do PEP.

Através da análise das declarações dos profissionais de saúde, foi possível perceber que, embora estes relatem alguns impactos negativos sobre o seu trabalho, como o aumento do tempo de atendimento e o possível comprometimento da relação médico-paciente, a maioria dos profissionais acredita que o PEP melhora o acesso e a qualidade das informações, organiza as tarefas e facilita o monitoramento do paciente, levando, desta forma, à uma melhor qualidade na assistência prestada ao indivíduo.

A pesquisa permitiu comprovar vários aspectos descritos na literatura e citados no decorrer deste artigo, através da declaração dos profissionais entrevistados. Como contribuição, este artigo pretende, através da apresentação de alguns de seus resultados, incentivar novas pesquisas sobre o assunto, que possam enriquecer ainda mais os estudos sobre esta ferramenta, de forma a amenizar seus impactos negativos e aumentar os impactos positivos, permitindo aos profissionais e às instituições de saúde tirar proveito de todos os seus benefícios e melhorar a assistência prestada à saúde da população.

6. REFERÊNCIAS

ASSAD, José Eberienos. Relação Médico-Paciente no Final do Século XX. *Desafios éticos*. Conselho Federal de Medicina, 2001. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em: 01 mar. 2006.

ALMEIDA, Márcio José. Tecnologia e Medicina: uma visão da academia. *Revista Bioética*, Brasília, v.8, n.1, p.21-37, 2000.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 1994 *apud* TRIVINOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

BELIAN, Roseli Barreto; NOVAES, Magdala de Araújo. *Tópicos Relevantes no Prontuário Eletrônico do Paciente*. Recife: Grupo de Tecnologia da Informação em Saúde - LIKA/ Universidade Federal de Pernambuco, [s.d] *apud* MAJEWISKI, Cyntia Corsetti. *Pesquisa de Satisfação dos Usuários do Sistema de Prontuário Eletrônico do Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre*. 2003. 88 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Engenharia) - Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

BRITO, Mozart José. *Tecnologia da Informação e Mercado Futuro: o caso da BM&F*. Universidade Federal de Lavras. In: Jacques Marcovitch. *Tecnologia da Informação e Estratégia Empresarial*. 2. ed. São Paulo: Futura, 1999.

CASTELLS, Manuel. *A Sociedade em Rede*. 8 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resoluções. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em: 03 mar. 2006

CUNHA, Francisco J. A. P.; SILVA, Helena P. O Prontuário Eletrônico como Unidade de Transferência e Criação do Conhecimento em Saúde. In: ENCONTRO NACIONAL EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 6, 2005, Salvador. *Informação, conhecimento e sociedade digital*. Salvador. *Anais...* Disponível em: <<http://www.cinform.ufba.br>>. Acesso em: 12 dez. 2005.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à Pesquisa Qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63; mar./abr. 1995.

GOST GARDE, J. *et al* Gestión sanitaria y tecnologías de la información. In: Reunión de la Sociedad Española de Informática de la Salud; 2000; Pamplona: SEIS. Disponível em: <<http://www.seis.es/informes/2001/default.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2006.

KLING, R. Social Analyses of Computing: Theoretical Perspectives in Recent empirical Research. *ACM Computing Surveys*, New York, v.12, n. 1, p.61-110, Mar. 1980 *apud* MAGALHÃES, Carlos Augusto; LAGRECA, Maria Cristina. Lidando com a resistência na implantação de sistemas de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA NA SAÚDE, 10, 2006, *Anais*, Florianópolis: SBIS. p.542-547.

LIMA, M.I. Sistemas Inter-organizacionais: os novos desafios em relação à economia global. In: SEMINÁRIO DE REENENHARIA, TERCEIRIZAÇÃO E TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO: IMPACTOS E MUDANÇAS ORGANIZACIONAIS,1, 1995. *Impactos e mudanças organizacional*. Rio de Janeiro, *Anais...* Rio de Janeiro: COOPPE/UFRJ, 1995, p. 21-29 *apud* BRITO, Mozart José. *Tecnologia da Informação e Mercado Futuro: o caso da BM&F*. Universidade Federal de Lavras. In: Jacques Marcovitch. *Tecnologia da Informação e Estratégia Empresarial*. 2. ed. São Paulo: Futura, 1999.

MAGALHÃES, Carlos Augusto de Souza. Análise da Resistência Médica à implantação de Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA NA SAÚDE, 10, 2006, Florianópolis. Anais...: SBIS. p.1-6.

MAGALHÃES, Carlos Augusto; LAGRECA, Maria Cristina. Lidando com a resistência na implantação de sistemas de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA NA SAÚDE, 10, 2006, Anais... Florianópolis: SBIS. p.542-547.

MAJEWISKI, Cyntia Corsetti. Pesquisa de Satisfação dos Usuários do Sistema de Prontuário Eletrônico do Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. 2003. (88 f) Dissertação (Mestrado Profissionalizante) - Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

MARKUS, L.M. Power, Politics and MIS Implementation. *ACM Computing Surveys* New York, v.26, n. 6, 1983 apud MAGALHÃES, Carlos Augusto de Souza. Análise da Resistência Médica à implantação de Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA NA SAÚDE, 10, 2006, Florianópolis. Anais...: SBIS. p.1-6.

MASSAD, Eduardo, MARIN, Heimar de Fátima, AZEVEDO NETO, Raymundo Soares (Org). *O Prontuário Eletrônico do Paciente na assistência, informação e conhecimento médico: núcleo de Informática em enfermagem*. São Paulo, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). *Política Nacional de Informática e Informação em Saúde: versão 2*, Brasília, mar. 2003, 38p.

MORAES, De Ilara Hämmerli S. *Política, tecnologia e informação em saúde: a utopia da emancipação*. Salvador: Casa da Qualidade, 2002.

MOREIRA FILHO, Alonso Augusto. *Relação Médico-Paciente*. Publicação do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM-MG), Belo Horizonte, Coopmed, 2005.

MORTON, M.S. Scott. Introduction. In: *The Corporation of the 1990's: information technology and organizational transformation*. Ed. Michael S.Scott Morton, New York University Press, 1991

POSSARI, João Francisco. *Prontuário do paciente e os registros de enfermagem*. São Paulo, Iátria, 2005.

RUIZ, Arthur Milton. Medicina e Internet. *O impacto da informática na saúde*. Medicina e saúde na rede. Disponível em: < www.miranet.com.br/medicina/informatica.htm >. Acesso em 27 ago. 2001.

SÁNCHEZ MANSOLO, A. A.; MARTÍN DIAZ, O; IGLESIAS DIOS, J. Registro electrónico de pacientes. *Rev Cubana Educ Méd*, v.13, n.1, p.46-55, 1999. apud MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). *Política Nacional de Informática e Informação em Saúde: versão 2*, Brasília, mar. 2003, 38p.

SZYNAL, Débora. Shift to electronic records brings results. *Health Data Management*, mar. 2001. Disponível em: < <http://www.keepmedia.com> >. Acesso em: 21 fev. 2006.

TRIVINOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

VERGARA, Sílvia Constant. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas, 1997.

YIN, Robert K. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2001.