

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

João Marcelo Lopes Fonseca

**ANÁLISE DE VIABILIDADE DO COMPARTILHAMENTO DE**  
**INFORMAÇÕES ENTRE OS PRONTUÁRIOS ELETRÔNICOS**  
**DESENVOLVIDOS POR HOSPITAIS PÚBLICOS EM PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização  
de Gestão em Saúde, Escola de Administração,  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Maria Ceci Araujo Misozycky

**Porto Alegre**  
**2006**

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO                             | 3  |
| 2 ANÁLISE DE VIABILIDADE                 | 5  |
| 3 REGISTROS ELETRÔNICOS DE SAÚDE         | 9  |
| 4 OBJETIVO                               |    |
| 4.1 GERAL                                | 13 |
| 4.2 ESPECIFICOS                          | 13 |
| 5 PROCEDIMENTOS                          | 14 |
| 6 RESULTADOS                             | 16 |
| 6.1 Grupo Hospitalar Conceição           | 16 |
| 6.2 Hospital de Clínicas de Porto Alegre | 20 |
| 6.3 Hospital de Pronto Socorro           | 23 |
| 6.4 Secretaria Municipal da Saúde        | 25 |
| 7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS               | 27 |
| 8 REFERÊNCIAS                            | 30 |

## 1 INTRODUÇÃO

A progressiva migração dos registros em saúde (prontuário do paciente) para meios eletrônicos vem fomentando em diferentes locais do mundo a possibilidade de troca de informações entre diferentes organizações a despeito de quaisquer barreiras geográficas.

Alguns países, como o Reino Unido, já estão avançados no processo de conectividade e troca de informações no sistema de saúde. Outros, como os Estados Unidos, ainda não possuem sistemas de troca de informações em larga escala, mas mostram uma clara diretriz política nesse sentido, muito embasada no ganho de qualidade e economia real que essa iniciativa geraria (CONNECTING FOR HEALTH, 2004).

No Brasil, em fevereiro de 2004 ficou disponível o texto “Requisitos de Segurança, Conteúdo e Funcionalidades para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde”, organizado pela Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que visa normatizar no nosso país a migração dos prontuários para meios eletrônicos.

É grande hoje, no mundo e no Brasil, a diferença de fase em que estão as instituições na adoção dessa ferramenta. Para o Sistema Único de Saúde (SUS), parece intuitivo que a chance de compartilhar informações entre diferentes instituições do SUS represente maior eficiência para o atendimento do usuário.

No município de Porto Alegre diversas organizações hospitalares de complexidade estão em processo de adoção e uso de registros eletrônicos em saúde. Algumas dessas organizações têm desenvolvimento próprio, outras trabalham com aplicativos de empresas privadas customizados para suas necessidades (Quadro 1). É sabido que um mesmo usuário pode ter prontuários e interfaces de atendimento em várias dessas organizações ao mesmo tempo ou ao longo dos anos. Analisar a viabilidade do compartilhamento dos dados eletrônicos disponíveis entre essas instituições é o propósito desse trabalho.

| <b>Hospitais</b>                     | <b>Funcionalidades do Prontuário Eletrônico</b>  | <b>Desenvolvimento</b> |
|--------------------------------------|--|------------------------|
| Grupo Hospitalar Conceição           | prescrição, lista de problemas, evolução ambulatorial, resultados laboratoriais, nota de alta    | Próprio                |
| Hospital de Clínicas de Porto Alegre | prescrição, lista de diagnósticos, evolução ambulatorial, resultados laboratoriais, nota de alta | Próprio                |
| Hospital São Lucas                   | prescrição, resultados laboratoriais, nota de alta   | Tercerizado            |
| Instituto de Cardiologia - FUC       | prescrição, resultados laboratoriais, nota de alta   | Tercerizado            |
| Hospital de Pronto Socorro           | prescrição, resultados laboratoriais   | Próprio<br>(Procempa)  |
| Complexo Hospitalar Santa Casa       | prescrição, resultados laboratoriais, nota de alta   | Tercerizado            |
| Hospital Beneficência Portuguesa     | -  | -                      |
| Hospital Independência (ULBRA)       | -  | -                      |
| Hospital Presidente Vargas           | em implantação   | Próprio<br>(Procempa)  |
| Hospital Vila Nova                   | -  | -                      |
| Hospital Parque Belém                | -  | -                      |

**Quadro 1 - Hospitais no SUS - Porto Alegre e situação do prontuário eletrônico**

## 2 ANÁLISE DE VIABILIDADE

Ser viável caracteriza algo como sendo possível. No complexo processo social que nos circunda, qualquer mudança por ser adotada cerca-se de vários nexos. Um jogo de forças que emana da mudança e interage com ela, no mais das vezes alterando o próprio movimento que desencadeou essa reacomodação.

É normal pensar que para uma mudança ser possível basta ser tecnicamente viável. Entretanto, a esfera política - onde algo é decidido em última análise - não tem os mesmos paradigmas de viabilidade da esfera técnica. Uma influencia a outra e é a resultante de um sofisticado jogo de forças entre as duas e entre todo o cenário social que vai, na última forma, determinar a concretização de um projeto. Nas palavras de Matus (1996, p.94) "ter capacidade para decidir algo não é exatamente a mesma coisa que ter capacidade para transformar esse algo em realidade. Portanto, a análise de viabilidade, às vezes, compreende não só a análise da capacidade de decisão mas, também, a análise da capacidade para fazer e manter estável o que foi feito".

Segundo Matus (HUERTAS, 1996, p. 69) "é necessário juntar a ação técnica com suas conseqüências políticas, e a ação política com suas conseqüências técnicas". A resposta política que o técnico ouve ao questionar o político sobre a viabilidade de um projeto não assegura o futuro deste. A aprovação de um plano não torna o gestor comprometido com a sua viabilidade. Isso ocorre no mais das vezes por que o planejamento técnico tradicional é insuficiente para lidar com a complexidade do processo social (MATUS, 1996), aí incluído as conseqüências políticas do plano a ser implementado.

Existem pelo menos três tipos de viabilidade a serem consideradas. A viabilidade pode só existir no nível decisório (uma decisão de gabinete), ou decisório e operacional transitório (às custas de um esforço desmedido e necessariamente finito no tempo), ou atingir um nível operacional estável, onde as duas primeiras se prolongam no tempo, com nenhum esforço ou em um nível aceitável (MATUS, 1996).

Exemplificando com um fato recente. O Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) obteve a viabilidade decisória de fornecer a cada

usuário um número de registro único. Isso poderia ser feito apenas prospectivamente, sem levar em conta milhares de registros que já existem em organizações do Sistema Único de Saúde (SUS) por todo o Brasil. Porém, para fazer a integração desses registros de usuários já existentes, vem usando de uma viabilidade operacional transitória ao tentar importar, cruzar e fundir grandes bases de dados de usuários de algumas instituições no Brasil. Esse esforço deve ser finito, ao passo que se prolongaria no tempo a inserção de casos novos - algo que se acredita ter viabilidade operacional estável, sem a qual, aliás, o esforço das duas situações anteriores será perdido.\*

O Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto por Matus (HUERTAS, 1996, pág. 70), enxerga os recursos escassos em múltiplos aspectos além do econômico, tais como o político, o cognitivo ou de conhecimento, e a capacidade organizacional. Em cada um desses eixos poderá haver escassez de recursos. Deve-se, então, buscar os problemas que se quer solucionar, as oportunidades presentes no cenário e as ameaças à concretização dessa solução.

No nível político, a construção de um processo de viabilidade tangencia diversas variáveis pouco comuns às outras áreas. O desgaste de uma medida que gere sacrifício ou que exponha uma deficiência é algo a ser pesado. O tempo necessário para uma implementação e a possibilidade desse prazo exceder um exercício de governo é outro. A necessidade de cooperação de esforços entre grupos de interesses divergentes é uma barreira de difícil transposição e muito prevalente no ambiente social. Ver a escassez de recursos nesse plano tem uma conotação diferente dos demais.

No nível econômico, a escassez de recursos é compreendida com mais facilidade. Mas ainda aqui, aspectos como o provimento de sustento para uma mudança se manter ao longo do tempo é motivo de incerteza e dificuldades particulares. Porém, prospectar escassez de recursos nesse âmbito é mais habitual que nos outros.

O nível técnico (ou cognitivo) é, a semelhança do político, onde aparentemente tudo pode ser resolvido. Sendo assim, muitos problemas tecnicamente exequíveis (sem escassez de recursos) se tornam ainda assim inviáveis ao se mostrarem falhos nos outros níveis. Ainda aqui, é preciso na análise de viabilidade ponderar o que é tecnicamente conhecido (conhecimento que exista) com o que é tecnicamente possível de ser obtido (um conhecimento que não se tem e que precisará ser adquirido). Nessa segunda hipótese, é preciso ponderar o custo e tempo necessário para essa aquisição de técnica.

No nível organizacional, por fim, cito: "em muitas circunstâncias, as capacidades

---

\* Experiência pessoal.

organizativas são obstáculos invencíveis, superiores ao poder político, aos recursos econômicos e à disponibilidade de conhecimentos" (MATUS, 1996, p.84). Talvez de forma surpreendente, mesmo questões absolutamente viáveis, do ponto-de-vista político, econômico e técnico, podem esbarrar de forma intransponível em organizações complexas, burocráticas e lentas. Problemas no âmbito interno dessas organizações podem, além de torná-las inviáveis, inviabilizar processos que por elas transitem e dependam.

Dentro desse cenário, a estratégia pode ser definida como algo necessário para alcançar um objetivo ou um modo de superar obstáculos apresentados por um adversário. Poder-se-ia pensar nisso como em uma disputa, onde é preciso calcular um conjunto finito de possibilidades de movimento e fazer a opção (desconhecendo a resposta que o adversário ou o meio dará à nossa atitude). Entretanto, se estivermos trabalhando num cenário onde as regras não são claras, não há igualdade de fato entre os oponentes, as possibilidades são difusas e os possíveis movimentos entre os jogadores não é finito ou enumerável - temos aí o que Matus (HUERTAS, 1996, p.82) define com o conceito de jogo social.

Nesse ambiente complexo, poderíamos subdividir a estratégia em um conjunto de táticas usadas em seqüência para modificar a situação existente na direção de uma situação desejável. Incorpora-se a essa imagem o conceito de tempo, onde a sucessão de modificações na situação vai aumentando ou restringindo as possibilidades de ação na direção do objetivo. Nas palavras de Matus (1996), é no tempo que a possibilidade de alcançar um objetivo vai se consolidar ou se arruinar. Além disso, o tempo deve ser visto como algo que tanto impõe restrições como oferece possibilidades.

Aprofundando ainda mais esses conceitos, temos a idéia de operações. Operação seria a unidade básica de ação do ator para mudar a realidade. Algumas são críticas e influenciam diretamente no resultado final, outras são parte da construção de viabilidade para as primeiras (HUERTAS, 1996). Cada uma das operações encadeadas no tempo contribuirá para a construção da viabilidade de um projeto.

Para o PES, qualquer plano terá duas situações: uma parte do plano está sob a governabilidade do ator, outra requer a cooperação de outros atores para alcançar as metas. Ou, em outras palavras: plano de operações e plano de demandas de operações, respectivamente (HUERTAS, 1996, pag 70). O primeiro dependendo dele, o segundo necessariamente envolvendo ação de outro.

Além de ser necessário identificar os atores, é evidente que eles terão disposições

diferentes quanto ao projeto. Essa disposição poderá ir desde uma rejeição peremptória até um apoio convicto. Cada ator tem um poder de influenciar na viabilidade que está vinculado à posição que ele ocupa no cenário. E certamente outro ponto importante é a magnitude do efeito - sobre ele ou no que ele acredita - do projeto em construção.

Sendo assim, é preciso em uma análise estratégica conhecer a posição ou interesse dos atores frente às operações: apoio, rejeição, indiferença pura, indiferença tática e indiferença por desconhecimento. Disso, discriminar quais operações são de consenso, quais são conflitivas. É preciso, ainda, diferenciar a importância que cada ator atribui a cada operação - ou seja, o afincamento com o qual ele pode querer defender sua posição. A conjunção de interesse e valor produz a motivação para a operação. (HUERTAS, 1996, p.76).

A construção da viabilidade baseia-se na possibilidade de mudar, a nosso favor, as pressões aplicáveis hoje sobre as operações inviáveis. Consiste em "superar restrições e administrar as três variáveis mencionadas: atores, operações e meios estratégicos através do tempo, por meio de seqüências inteligentes" (HUERTAS, 1996, p.84).

Construção de viabilidade é para Matus (HUERTAS, 1996, p.74):

1. Determinar as operações inviáveis na situação inicial;
2. Determinar com quais atores se deve lidar para tentar construir a viabilidade para as operações inviáveis;
3. Determinar que meios estratégicos posso aplicar às operações e aos atores para criar situações futuras favoráveis à viabilidade do plano;
4. Qual a seqüência e tempo em que se deve situar as operações (lembrando que gestores do porvir não precisam na maioria dos casos ter nenhum compromisso com o que foi decidido na gestão atual).

Cabe ainda falar da eficácia, que é para Matus (1996, pág.98) a relação do esforço que se dispense para obter um produto ou situação nova. Se essa nova situação alcançada atende à demanda estratégica de quem a desencadeou, tem-se aí a eficiência da ação. Dispende esforço desmesurado para resultados que não atendem adequadamente à necessidade real é ineficiência por definição. Essa proporcionalidade entre os recursos que se tem para gerar um produto (eficácia) e deste fornecer um resultado (eficiência) deve ser outro aspecto a ser delicadamente estudado na análise de viabilidade.



### 3 REGISTROS ELETRÔNICOS EM SAÚDE

A criação de prontuários eletrônicos é uma tarefa de programação bastante complexa devido à grande variabilidade de dados e formatos a serem utilizados, bem como pela miríade de relacionamentos possíveis entre esses mesmos dados. Outra particularidade dos prontuários, bastante incomum em outras áreas onde bancos de dados informatizados são utilizados, é que informações úteis podem ser tanto positivas (a existência de um sintoma, sinal ou achado laboratorial) quanto negativas (ou seja, a ausência dos mesmos), e cada uma dessas informações tendo uma correlação temporal própria (NADKARNI, 2000).

Em um cenário tão complexo, diversas abordagens têm sido propostas - como por exemplo organização orientada a problemas, tendo como intuito principalmente tornar possível lidar com um número menor de tabelas nos bancos de dados. Isto é, tentar padronizar a informação processada de forma a torná-la útil através de nexos minimamente pré-estabelecidos. Diversas formas de padronização de informação médica (algumas anteriores à informatização, como a Classificação Internacional de Doenças) dividem hoje alguns nichos de uso, todas na tentativa de facilitar a troca de dados e a pesquisa retrospectiva.

Existe a premente necessidade das instituições que forem adotar registros eletrônicos em saúde de tentar, sempre que possível, utilizar e desenvolver soluções padronizadas para o armazenamento dos dados, como os vocabulários HL7 (Health Level Seven), DICOM (Digital Imaging and Communication Standards Committee) ou SNOMED (Systematized Nomenclature of Medicine). Entretanto, a principal dificuldade é capturar o conhecimento do profissional da saúde e convertê-lo para algum formato padronizado (MCDONALD, 1997). Em outra publicação McDonald (1999) analisa a potencialidade do registro eletrônico em saúde de servir como ferramenta para aferir a qualidade de atendimento prestado a alguns segmentos de população. Para tanto, destaca a necessidade de identificadores de pacientes unívocos. Novamente enfatiza o uso de vocabulários padronizados e, por fim, a adoção de mecanismos seguros que salvaguardem a privacidade do conteúdo dos prontuários e, assim, a legitimidade do

sistema como um todo.

Em uma interessante revisão publicada no esboço do processo de unificação dos prontuários eletrônicos no Reino Unido (MANDL, 2001) são descritos alguns pontos críticos do tema, a saber: que os dados armazenados devem estar em um formato padrão; que deve ser facultado aos pacientes o controle de permissões para a consulta a esses dados, bem como da criação, modificação, disseminação, uso e exclusão de entradas. Esse conceito revoluciona no sentido de permitir ao paciente tanto o livre acesso a suas próprias informações de saúde (direito assegurado pelos preceitos éticos) mas também dar ampla proteção à privacidade. Outro fator crítico é que muito freqüentemente os sistemas eletrônicos de registro médico fragmentam as informações por usarem meios de troca de dados incompatíveis entre si. Há ainda a necessidade de lidar com formatos de informação muito específicos, tais como histórico, dados radiológicos, laboratoriais e outros oriundos de fontes múltiplas (consultórios médicos, laboratórios, clínicas, hospitais comunitários). Finalmente, faz uma importante comparação histórica com a evolução que os consumidores tiveram ao passar a gerir suas contas bancárias e fundos de investimento através de meios eletrônicos, e que esses consumidores esperam, na ótica do autor, adquirir um nível equivalente de controle sobre seus registros médicos.

O Governo do Reino Unido espera que os sistemas eletrônicos padronizados possam ajudar a monitorar a qualidade, efetividade e equidade das intervenções em saúde, bem como fortalecer o uso de condutas baseadas em evidências (BOOTH,2003). Em um processo iniciado em 1998, porém acelerado nos últimos dois anos, muitos recursos financeiros têm sido investidos na obtenção da integração dos registros eletrônicos. No cerne desse projeto está a publicação para uso do pessoal do National Health System (NHS) de um sumário de informações do paciente. Quais as vantagens esperadas no Reino Unido? Acesso imediato às informações médicas, histórico cirúrgico, alergias, prescrição vigente, investigações recentemente feitas. A idéia é diminuir exames desnecessários, diminuir erros e potencialmente acelerar e incrementar a resolutividade do sistema de saúde como um todo. Por outro lado, entre os temores inerentes ao processo estão a vulnerabilidade potencial do sigilo médico, a grande importância que toma o registro adequado da identificação do paciente, e a amplitude que uma informação adicionada ao sistema pode tomar - por exemplo, ao adicionar-se um dado baseado em opinião, e não em fato, algo relativamente comum na prática médica.

Existem várias abordagens descritas para utilizar a internet como rota para a

distribuição de dados de prontuário de forma acessível, sem deixar de ressaltar os critérios de segurança passíveis de serem adotados. O relacionamento do paciente não precisa ser totalmente passivo. Também pode não ser necessária a confiança na absoluta infalibilidade do sistema de proteção às suas informações. A decisão de usar uma ferramenta dessas deve ser compartilhada entre o profissional de saúde e o usuário, de forma que ambos dividam o julgamento do benefício da informação acessível comparativamente ao risco de ter dados privados acidentalmente divulgados (SCHOENBERG, 2000).

Em uma experiência recentemente relatada (ADAMS, 2004) várias organizações médicas alimentaram de forma diária uma base de dados com informações consideradas críticas, tendo por intermediários uma empresa de consultoria e um programa de computador desenhado para extrair os dados dos prontuários de cada instituição envolvida. Os dados eram consolidados num relatório que ficava disponível para consulta via internet, em uma conexão segura, para profissionais do NHS devidamente cadastrados. Como relato particularmente interessante, é preciso dizer que uma central de atendimento ficava permanentemente disponível para atender dúvidas do sistema, e que foi facultado aos pacientes tanto consultar seus dados quanto solicitar a retirada de algum registro que eles considerassem indevido de fazer parte de seu prontuário.

No âmbito do Brasil é importante destacar a VIDATIS, empresa subsidiária do grupo Atech, que usando uma estrutura de coleta de dados e disponibilização posterior destes, associados a facilidades de agendamento de pacientes e solicitação de exames, forneceu um produto para a Prefeitura Municipal de São Paulo chamado Sistema SIGA Saúde. Lançado em 2004, o mecanismo pretende integrar as unidades básicas de saúde do município. Como o sistema foi desenvolvido para o Sistema Único de Saúde (SUS), a empresa pretende disponibilizá-lo para outras prefeituras. A inovação consiste em ser uma tentativa nacional de compatibilizar dados entre diferentes unidades do SUS através de uma estrutura predominantemente baseada em internet, iniciativa essa pioneira no nosso meio.

No momento da realização desse trabalho, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre trabalha em parceria com a VIDATIS para implementar o uso do sistema deles nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da rede municipal. Essa discussão está presente adiante.

Há alguns anos tentativas de cadastramento unívoco de usuários do SUS na forma de um cartão (físico ou conceitual) vem sendo discutidas. Atualmente, o DATASUS tenta

em âmbito nacional unificar cadastros de pacientes na idéia de, no futuro, integrar essas informações tanto para fins de gerenciamento do SUS quanto para a criação de ferramentas de prontuário eletrônico. Essa iniciativa está sendo tomada em várias frentes (hospitais, para patologias diagnósticos de internação específicos), mas de forma ainda incipiente.

A tecnologia de certificação digital é outra ferramenta de cunho geral em informática que tem amplo potencial de uso para prontuários eletrônicos. Ela tenta, por meio de chaves criptográficas oferecidas por entidades certificadoras, ser uma garantia da identidade de quem emite um documento eletrônico. Diversos segmentos profissionais no Brasil estão se direcionando e implementando esse recurso para seus negócios. Cartórios, órgãos públicos e bancos tendem a ser os pioneiros nesse recurso. Essa ferramenta tem um claro potencial de uso mesmo dentro de uma mesma instituição e ainda mais em se tratando da troca de informações entre diferentes organizações de saúde.

A diversidade de aspectos facilitadores e complicadores que surgem com a adoção dos registros eletrônicos em saúde em hospitais no nosso meio suscita uma positiva inquietude de busca e aprendizado para aprimorar o uso dessas ferramentas, tentando estender sua aplicabilidade, incrementar a segurança e familiarizar todos os atores envolvidos com os novos paradigmas de informação.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 GERAL

Analisar a viabilidade do compartilhamento de informações entre os prontuários eletrônicos desenvolvidos nos hospitais públicos em Porto Alegre.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar que informações são de interesse para serem compartilhadas, na visão dos gestores, desenvolvedores e usuários.
- Verificar a existência em meio eletrônico dessas informações, de forma sistemática e confiável.
- Identificar quem são as pessoas e organizações diretamente envolvidas nesse processo.
- Identificar se há pessoas ou organizações não envolvidas que poderiam se envolver favoravelmente ou não no andamento do processo.
- Identificar a motivação (posição e interesse) de cada ator envolvido, categorizando-a em apoio, rejeição, indiferença pura, indiferença tática e indiferença por desconhecimento. Fonte da informação: análise do autor.
- Para cada instituição, avaliar nos eixos político, econômico, técnico e organizacional a viabilidade decisória, operacional transitória e operacional estável. Em cada célula resultante, posicionar os atores classificando-os quanto a sua motivação. Fonte de informação: análise do autor.
- Identificar pontos críticos que possam inviabilizar o projeto. Fonte de informação: entrevista com os atores e análise do autor.
- Analisar possibilidades de superação de pontos críticos. Fonte de informação: entrevista com os atores e análise do autor.

## 5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Entrevista com os desenvolvedores, gestores e usuários dos hospitais públicos de Porto Alegre que desenvolvem na própria organização seus prontuários eletrônicos: abordagem direcionada para os levantamentos necessários para a construção dos objetivos específicos.

Em um primeiro momento, fiz contato telefônico ou por e-mail com os setores de informática das instituições do Quadro 1 que dispunham de prontuário eletrônico. Era de conhecimento do autor que o Complexo Hospitalar Santa Casa usava um aplicativo comercial. Do Hospital São Lucas e do Instituto de Cardiologia, obtive a informação da tercerização dos sistemas pelos responsáveis dos setores de informática.

Cada hospital que têm desenvolvimento próprio, encaminhamos contato por e-mail ou telefone ao setor de informática. No Grupo Hospitalar Conceição, entrevistei por cerca de 50 minutos o Gerente de Informática. No Hospital de Clínicas de Porto Alegre, fui recebido pelo Coordenador do Grupo de Sistemas e pela Chefe do Serviço de Desenvolvimento de Sistemas. A partir de indicações colhidas no próprio Hospital de Pronto Socorro, busquei a Analista de Sistemas da Companhia de Processamento de Dados do Município de Porto Alegre (PROCEMPA) responsável pelas aplicações atualmente em uso naquele hospital. Para todos foram feitas questões semi-abertas e transcritas as informações colhidas em notas no momento ou repassadas para texto em breve período.

Ao desenvolvedor, foi perguntado quem era o gestor que teria autoridade para demandar o compartilhamento de informações. O desenvolvedor do Grupo Hospitalar Conceição referiu o Diretor Técnico do grupo. No Hospital de Clínicas, foi referido à Coordenação da Comissão de Prontuários, que - segundo me foi dito - seria a voz que decidiria questões referentes ao assunto. A Procempa foi taxativa ao informar que só atenderia uma demanda dessa monta se diretamente feita a solicitação pelo Assessor de Planejamento da Secretaria Municipal da Saúde. Todos esses foram entrevistados pessoalmente, com a transcrição das informações feitas em breve intervalo.

Os usuários foram escolhidos do conhecimento do pesquisador, tentando

caracterizar um perfil que não fosse fortemente vinculado com a informatização da sua instituição mas tampouco que tivesse rechaço ao processo. Em outras palavras, um usuário médio.

## 6 RESULTADOS

O Hospital São Lucas, o Complexo Hospitalar Santa Casa e o Instituto de Cardiologia (IC-FUC), embora disponham de informatização de registros eletrônicos de saúde, o fazem utilizando *softwares* tercerizados, sem desenvolvimento próprio.

Em Porto Alegre, têm desenvolvimento próprio o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), o Grupo Hospitalar Conceição (formado pelos hospitais Cristo Redentor, Nossa Senhora da Conceição e Fêmeina e Hospital da Criança Conceição) e o Hospital de Pronto Socorro. Este último tem seu sistema desenvolvido pela PROCEMPA (Companhia de Processamento de Dados do Município de Porto Alegre), sob uma demanda que será detalhada abaixo mas que foi considerado como próprio por serem ambos subsidiários da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

Ficou claro, durante a elaboração do trabalho, que para as três organizações abordadas, os eixos político e econômico da análise de viabilidade ficam por conta do gestor. A viabilidade técnica pode ser adequadamente verificada com os desenvolvedores. Foi o usuário o grande balizador da viabilidade organizacional, no sentido de que o uso diário e metódico do prontuário eletrônico, bem como a qualidade da informação ali contida, é dependente da sua atividade.

### 6.1 GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

#### 6.1.1 Usuário

O usuário está seguro de que a informação que existe hoje disponível no prontuário eletrônico é de qualidade e de utilidade para tomada de conduta no atendimento do paciente em outra instituição. Ou seja, a informação que já está na forma eletrônica seria, do seu ponto-de-vista, útil se disponibilizada extramuros. De amplo uso, há hoje a prescrição eletrônica, notas de alta e resultados de serviços de apoio ao diagnóstico. Em implementação parcial e incipiente estão a lista de problemas e os atendimentos



ambulatoriais.

Para o usuário a implementação de incrementos no prontuário eletrônico muitas vezes é lenta por ter de vencer resistência dos profissionais envolvidos. Concorde com o gestor (vide abaixo) que a organização como um todo é heterogênea no uso dos recursos do prontuário, e sabe que onde a residência médica atua se consegue resultados com menos esforço de implementação.

O usuário é, na forma de ver do autor, bastante favorável à troca de informação a curto e longo prazo, e participa com alguma dificuldade na incorporação de mudanças no processo de trabalho. Mas vê com interesse próprio uma modificação que pudesse representar mais subsídio de informação para sua prática profissional. Considerei sua posição como de apoio para fins de viabilidade decisória e também para a viabilidade operacional transitória e estável.

### **6.1.2 Desenvolvedor**

Ele pensa que a natureza da informação a ser compartilhada é a nosológica. A priori, pensa que trafegar dados de prontuário propriamente ditos, como resultados de exames ou listas diagnósticas enfrentaria barreiras legais que de momento não são possíveis de serem transpostas: a saber, dados criptografados, assinaturas digitais, uma rede de "segurança" para tráfego de informações. Por outro lado, ressalta que dados de interesse da gestão, como mortalidades, taxas de permanência, tipo de internações e outros, seriam de utilidade se pudessem ser compartilhados entre as diferentes organizações do SUS.

Pensa ainda que seria necessário avançar em várias frentes além da ético-legal para a eventual troca de informações:

- Que a identificação unívoca dos usuários estivesse mais consolidada.
- Que se pudesse usar uma rede privada para troca de informações, como o "anel óptico" que a Procempa dispõe (cabeamento com fibra óptica de alta velocidade de transmissão de dados que geograficamente está próxima dos grandes hospitais na cidade).

Não vê dificuldade nos protocolos de troca de informação, achando que o protocolo de internet eXtensible Markup Language (XML) poderia ser uma opção segura e de fácil adaptação aos resultados gerados pelos bancos de dados dos aplicativos em uso.

Vê com preocupação a estocagem de dados em um único lugar e acha que em

termos financeiros isso seria inviável na situação atual.

Sugere que, no estado atual das coisas, talvez a troca de informações nosológicas fosse ainda mais interessante se incluísse hospitais de ensino de outras localidades do Brasil, utilizando por exemplo a emergente rede COMEP (rede de alta velocidade para interligar centros de pesquisa no Brasil, cujo representante para o Rio Grande do Sul é a UFRGS).

Acha que seria estrategicamente necessária a aproximação de órgãos governamentais, seja a Secretaria Municipal da Saúde para questões locais, seja o DATASUS para questões de troca de informação em saúde de âmbito nacional.

Necessariamente, diz o desenvolvedor, qualquer processo deveria se iniciar por um fórum local que envolvesse as organizações dispostas a cooperar para discutir perspectivas.

Na minha percepção, o desenvolvedor parece estar bastante consciente da situação atual na cidade e vê com clareza (e talvez pessimismo) as barreiras a serem transpostas para a troca de informação. Pensa que o fórum é o ambiente onde se poderia discutir essas dificuldades, porém não antevê como possível a troca de informações no futuro próximo. Afirma categoricamente que só poderia se envolver em um projeto assim com uma clara diretriz dada a ele por parte da direção do Grupo.

Caracterizo-o como tendo uma posição de indiferença pura do ponto-de-vista de decisão, e de apoio para viabilidade operacional transitória e operacional estável caso o processo fosse desencadeado.

### **6.1.3 Gestor**

O gestor ressalta a heterogeneidade dos prestadores de serviços para o SUS, também em nível nacional, e mesmo em um mesmo município como Porto Alegre. Lembra que essa heterogeneidade pode ser vista mesmo dentro de uma única organização. Diferentes partes de uma mesma organização apresentam aderências, receptividade e qualidade de dados gerados de forma desigual.

Lembra que houve tentativas no passado de compartilhamento de informações entre organizações (não de prontuário, mas de informações gerenciais como taxas de infecção nosocomial) que não foram bem sucedidas e, tampouco, deixaram boas lembranças.

O gestor explica que atualmente na sua organização se está estabelecendo a

interligação entre a atenção básica (as unidades básicas de saúde vinculadas ao Grupo) com o cerne de informação do nível terciário. Vê isso como algo prioritário posto que poderia dar uma continuidade de atenção e de compartilhamento de informações à medida que o paciente é referido para níveis de maior complexidade dentro da mesma organização.

Acha que isso (o fluxo de informação vertical entre a atenção primária se estendendo até o nível terciário) é o mais ressonante com a política de descentralização e municipalização da saúde. Em outras palavras: acha que menos importante que trocar informações de prontuário de um município que tenha sido atendido em dois hospitais de alta complexidade seja criar um sistema que alimente a troca entre a unidade básica de saúde desse paciente com o hospital terciário para o qual ele seja referido (único).

O gestor cita ainda que há muitas demandas emergenciais em se falando de fluxo de informação em organizações no SUS. Especificamente na dele, muito se quer aprimorar na qualidade, disponibilidade e aplicabilidade dessas informações dentro da própria organização. Sendo assim, não vê como uma demanda prioritária a troca de informações entre diferentes organizações, e pensa que isso poderia absorver recursos e mão-de-obra especializada que estrategicamente poderiam ser empregados nas demandas internas.

Reitera especialmente a necessidade, a seu ver, de regionalizar o município e aprimorar os sistemas de referência, evitando a troca desnecessária de organizações no atendimento de um mesmo paciente.

Vê, por fim, a atual demanda da Secretaria Municipal de Saúde de informatizar a atenção básica como uma boa oportunidade para realizar essa troca de informação verticalizada. Vê, também, a informatização da atenção primária - das unidades básicas de saúde como o alicerce tecnológico necessário para avançar na regionalização municipal, devendo isso ser visto no seu entendimento como estrategicamente prioritário.

A meu ver, o gestor foi claro ao expor o problema da troca de informações entre diferentes prontuários como não prioritário para sua organização. Justifica do ponto-de-vista estratégico outras demandas que, a seu ver, redundariam em mais benefício, consonantes com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

O caracterizo como posição de rejeição para a decisão.

| <b>Grupo Hospitalar Conceição</b>         | <b>Viabilidade Decisória</b> | <b>Viabilidade Operacional</b> | <b>Viabilidade Estável</b> |
|---|------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| <b>Usuário</b> (eixo organizacional)      | apoio                        | apoio                          | apoio                      |
| <b>Desenvolvedor</b> (eixo técnico)       | indiferença pura             | apoio*                         | apoio*                     |
| <b>Gestor</b> (eixo político e econômico) | rejeição                     | ---                            | ---                        |

**Quadro 2 - Posições dos atores do GHC (\*: se houvesse decisão favorável da organização)**

## 6.2 HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

### 6.2.1 Usuário

O usuário confia em linhas gerais na qualidade da informação disponível. Acha que a informação de prescrição, resultados de serviços de apoio ao diagnóstico, notas de alta e atendimentos ambulatoriais seriam todas informações úteis para serem disponibilizadas em outros serviços.

Atualmente, a organização conta com toda a prescrição médica, solicitação e resultados de serviços de apoio ao diagnóstico informatizados. Notas de alta e lista de diagnósticos também. O atendimento ambulatorial implantado por último também encontra-se informatizado.

Acha que sua organização se mostra receptiva à implementação de aperfeiçoamentos e mudanças. Do ponto-de-vista geral, a implementação do prontuário eletrônico na organização vem sendo efetuada gradualmente ao longo dos anos. É preciso assinalar, na opinião do autor corroborada pelo usuário, que um fator importante para esse relativo sucesso seja a ampla participação dos médicos residentes na organização, considerado por todos (gestor inclusive, vide adiante) um usuário de mais fácil treinamento e receptividade para inovações no processo de trabalho.

O usuário é aqui também de posição de apoio para os três tempos da viabilidade (decisória, operacional transitória e estável).

### 6.2.2 Desenvolvedor

O desenvolvedor diz estar seguro da possibilidade técnica do seu sistema de ter e exportar dados úteis. Contudo, se coloca numa clara situação de provedor de uma

solução para questões e problemas decididos em outro nível na organização. Não acha adequado opinar sobre a natureza das informações ou critérios legais e éticos para troca dessas. Reitera que do ponto-de-vista técnico o sistema é bastante robusto e flexível, e que confia na capacidade do serviço em adaptá-lo para trabalhar com troca de informações. Quais ferramentas ou linguagens usar são no seu entendimento questões secundárias à principal discussão, qual seja: o que as organizações envolvidas querem. Vê também um ambiente de discussão do tema como a etapa necessária para a evolução da discussão e pensa que a Secretaria Municipal da Saúde deve ser o órgão que naturalmente ajude a coordenar essa discussão.

Reintera avanços próximos que a organização está tendo no âmbito de prontuário, e cita a certificação digital como uma discussão crítica para o progresso da troca de informação. Cita que sua organização está representada em um comitê que brevemente discutirá soluções locais para a certificação digital a custo mais acessível.

Exemplifica a versatilidade do sistema através de algumas aplicações para *software* livre que recentemente foram desenvolvidas com relativamente pouca dificuldade.

Na sua percepção, não há um movimento entre as organizações no sentido de compartilhar informações. Vê a sua como sendo capaz de contribuir com recursos humanos para um projeto assim, desde que isso seja demandado pela gestão da organização.

Na minha avaliação, o desenvolvedor está seguro que questões técnicas não seriam as grandes barreiras a troca de informação. Contudo, tem uma posição neutra em relação a essa construção, situando essa vontade organizacional no nível de gestão. O caracterizo como sendo indiferente para a viabilidade decisória, e com posição de apoio para a viabilidade operacional transitória e estável.

### **6.2.3 Gestor**

O gestor informa que é amplo o uso do prontuário eletrônico em sua organização. As informações são confiáveis e auditáveis. A organização têm critérios predefinidos de perfis de acesso para cada usuário, com permissões de acesso e inclusão de dados conforme o perfil profissional. Há comissões internas estruturadas para a auditoria do prontuário convencional, e na visão desse gestor o mesmo cuidado foi estendido no que

foi implementado de prontuário eletrônico.

Sob essa ótica, diz o gestor que é seu papel só pensar em troca de informações com outras organizações se tivesse asseguradas as mesmas garantias de sigilo e adequação no trato com a informação que tem na sua organização. Cita como exemplo que na consulta ambulatorial, existe uma janela de tempo que inicia poucos dias antes do atendimento ambulatorial (para revisão do prontuário) e se esgota após, onde o profissional médico pode acessar os dados do paciente que comparecerá ao seu ambulatório. Vê com preocupação como se daria um mecanismo de controle similar para o acesso remoto - ou seja, como ter certeza que ao acessar o prontuário do paciente no HCPA, um profissional atendendo em outra organização está de fato com o paciente sob seu cuidado naquele momento.

O gestor considera que muito provavelmente o tempo fará convergir todos os prontuários atualmente em uso nas organizações para bases comuns de dados de um município ou de todo o sistema de saúde. Vê como crucial que cada desenvolvimento se dê sem perder de vista essa futura convergência. Porém, é cético sobre a capacidade atual das organizações em compartilharem agora essas informações.

O gestor vê também como necessário para a otimização dessa troca, que ela envolvesse contrapartida. Ou seja, que houvesse equidade entre o que cada organização envolvida pudesse contribuir com informação para as outras. Vê nisso algo importante para que valha a pena a demanda de realizar a troca de informação. Sendo assim, acredita que os prontuários pouco informativos teriam que amadurecer em quantidade e qualidade de informação para se tornar atraente a todas as organizações promover troca de dados.

Minha visão é de que o gestor é bastante seguro da importância da migração dos registros para o meio eletrônico e cioso dos critérios éticos que balizam esse estoque de informação. Vê com pessimismo a capacidade imediata das outras organizações de atenderem aos requisitos de confiabilidade, mas acredita que com a evolução dos registros eletrônicos das organizações SUS, essa convergência deve ser almejada.

Tem postura de rejeição para a viabilidade decisória.

| <i>Hospital de Clínicas de Porto Alegre</i> | <i>Viabilidade Decisória</i> | <i>Viabilidade Operacional</i> | <i>Viabilidade Estável</i> |
|---|------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| <b>Usuário</b> (eixo organizacional)        | apoio                        | apoio                          | apoio                      |
| <b>Desenvolvedor</b> (eixo técnico)         | indiferença pura             | apoio*                         | apoio*                     |
| <b>Gestor</b> (eixo político e econômico)   | rejeição                     | ---                            | ---                        |

**Quadro 3 - Posições dos atores do HCPA (\*: se houvesse decisão favorável da organização)**

## 6.3 HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO

### 6.3.1 Usuário

O usuário é crítico em relação às informações nosológicas. Refere que a causa da internação é alimentada pelo pessoal administrativo e isso não passa por atualização ou incremento pela equipe assistencial, nem durante a internação, tampouco quando da alta do paciente.

A prescrição é eletrônica. Porém, não há informação de diagnósticos, evolução ou nota de alta informatizada. Embora a solicitação de exames seja informatizada, os resultados não são.

O usuário é sabedor da resistência que há na organização quanto a mudanças de processo. A prescrição informatizada enfrentou resistência de implementação e, em linhas gerais, o usuário crê que qualquer outro incremento ao prontuário enfrentaria dificuldade de implementação similar ou maior.

Diferentemente dos outros dois hospitais, o funcionamento do Hospital de Pronto Socorro é relativamente menos acoplado aos programas de residência médica. Grandes áreas de atendimento a pacientes externos e enfermarias, bloco cirúrgico e unidades de terapia intensiva funcionam boa parte do tempo sem médicos residentes. O corpo clínico é, no entendimento do usuário, formado em grande parte por plantonistas, o que torna mais difícil de planejar (e obter sucesso) programas de treinamento em novas ferramentas de prontuário.

Penso que como decisão é um apoiador, porém parece ter uma indiferença tática em relação às mudanças nos processos de trabalho que implicaria novas informações a serem acrescentadas no prontuário da organização - ou seja, do ponto-de-vista operacional transitório e (talvez) estável.

### 6.3.2 Desenvolvedor

O desenvolvedor é claro ao dizer que poderia se engajar em um projeto assim, tanto através do *software* em uso no hospital, quanto através da viabilização de comunicação entre as organizações, desde que isso fosse demandado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Acha que a armazenagem de dados não deve ser a melhor solução técnica, tanto pelo volume de dados como pela responsabilidade envolvida. Por outro lado, lembra que um repositório semelhante (embora menor) já exista na organização (PROCEMPA), referentes a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC). Vê um protocolo de troca de informação como o XML (eXtensible Markup Language) como sendo bastante promissor como solução na troca de informação.

Lembra que a identificação unívoca proposta pelo DATASUS (Cartão SUS) se encontra em fase muito incipiente e que uma solução para a identificação do paciente precisaria ser discutida tecnicamente.

De maneira muito clara, o desenvolvedor afirma que a tentativas de comunicação entre as organizações não funciona se partir do desenvolvedor, e que é crucial haver interesse por parte do gestor de que isso se dê.

Vê como maior dificuldade em termos de recursos o humano, e não o tecnológico ou financeiro, para viabilizar o projeto.

Por fim, reforça que são necessidades fundamentais a decisão política das organizações envolvidas em empreender um projeto assim, seguido da discussão entre essas organizações sobre a forma de contruí-lo.

O desenvolvedor expressa apoio para todas as viabilidades.

### 6.3.3 Gestor

Quem desenvolve o sistema do Hospital de Pronto Socorro (um hospital municipal) é a PROCEMPA. Esta, por sua vez, atente demandas que partem diretamente da Secretaria Municipal da Saúde. Sendo assim, parece haver um duplo papel desempenhado pela Secretaria, tanto de "gestor" do HPS quanto o de Secretaria propriamente dito, mediando decisões do SUS em Porto Alegre (algo que envolve todas



as organizações aqui tratadas).

#### 6.4 SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Aqui, ouve-se a voz tanto da Secretaria quanto do gestor do HPS.

Destaca-se inicialmente a familiaridade que o gestor apresenta com a informática em saúde. Tem a visão geral tanto da situação atual dos hospitais SUS do município quanto a informatização dos registros eletrônicos em saúde, e conhece os desenvolvedores.

Inicia esclarecendo que o município atualmente está adquirindo o sistema da empresa VIDATIS (implementado em São Paulo, como referido acima) que, embora seja de natureza de *software* livre, será contratualizado com 6 meses de implementação supervisionada. Assinala isso para enfatizar a importância que o gestor dá ao papel estratégico da informação como alavancador da qualidade no atendimento em saúde. Percebe a diferença de vulto que há entre um sistema para atenção primária para os registros eletrônicos em saúde já existentes em duas das organizações do município. Embora compreenda que a troca de informação entre níveis diferentes de atenção seria interessante, não sabe de nenhuma medida atual nessa direção.

Referente à troca de informação entre os diferentes sistemas dos hospitais SUS em Porto Alegre, é claro em ver um possível papel de mediador nesse diálogo por parte da Secretaria Municipal da Saúde. Mas é claro também em admitir que não vê condições da mesma Secretaria de ser o gestor dessa implementação, no sentido de abarcar as responsabilidades técnicas de escolha de padrões e coordenação detalhada de um projeto assim.

Se posiciona receptivo à idéia expressa por outros atores desse contexto, de ser o incentivador de fóruns de discussão sobre o assunto. Mas acha que tecnicamente a Secretaria não tem como prover as soluções necessárias para essa troca - que isso teria de ser buscado nas organizações envolvidas.

Por fim, assinala que a seu ver a captação de universidades para essa questão poderia constituir em importantes aliados para contribuir com tecnologia, mão-de-obra qualificada e como viabilizadores nesse processo de relacionamento entre diferentes instituições.

Na minha visão, fica clara a facilidade e extensão de conhecimento técnico em

informática em saúde por parte do gestor atual. A expressa importância que a administração dá a informática em saúde fica subentendida a necessidade antevista da informatização da atenção primária e das medidas já tomadas para que isso ocorra. Fica, porém, também claro um relativo desentrosamento entre a gestão e os hospitais SUS com desenvolvimento próprio, inclusive o próprio HPS - posto que os avanços no processo de informatização não incluem nas prioridades do gestor, pelo menos por ora, esse hospital. Por outro lado, esse mesmo gestor é absolutamente receptivo a desempenhar um papel de mediação se as organizações se dispusessem a conversar.

Em suma, o gestor apoia nos níveis de viabilidade temporal, mas parece ter pouco peso sobre o usuário para modificar a cultura organizacional - algo que enfraquece o vetor de peso do gestor.

De outro modo, como facilitador da discussão entre as organizações, dá apoio também extensivo no tempo para a promoção da viabilidade e disposição para desempenhar um papel estratégico de mediador, se necessário fosse.

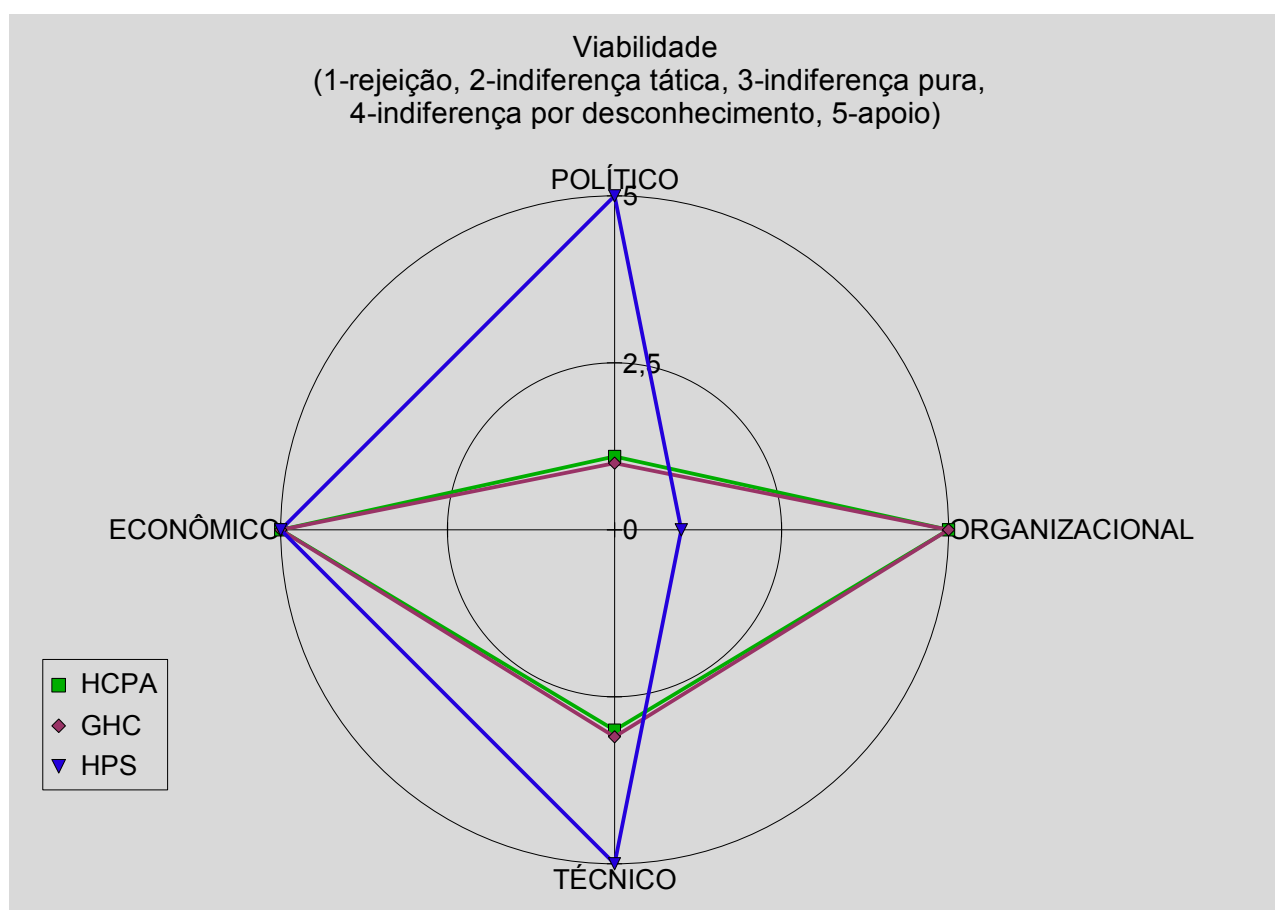
| <b><i>Hospital de Pronto Socorro/<br/>Secretaria Municipal da Saúde</i></b> | <b><i>Viabilidade<br/>Decisória</i></b> | <b><i>Viabilidade<br/>Operacional</i></b> | <b><i>Viabilidade<br/>Estável</i></b> |
|---|---|---|---------------------------------------|
| <b>Usuário</b> (eixo organizacional)  | apoio                                   | indiferença<br>tática                     | indiferença<br>tática                 |
| <b>Desenvolvedor</b> (eixo técnico)   | apoio                                   | apoio                                     | apoio                                 |
| <b>Gestor</b> (eixo político e econômico)                                   | apoio                                   | apoio                                     | apoio                                 |

**Quadro 4 - Posições dos atores do Hospital de Pronto Socorro / Secretaria Municipal da Saúde**

## 7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O compartilhamento de informações entre os diferentes prontuários eletrônicos desenvolvidos pelos hospitais públicos em Porto Alegre é, no entendimento do autor, inviável do ponto-de-vista decisório nesse momento. A inviabilidade decisória redonda por ora a discussão de viabilidade operacional transitória e operacional estável.

As organizações HCPA e GHC têm um perfil semelhante, assimétrico com o HPS (Figura 1).



**Figura 1 - Representação gráfica das viabilidades projetadas sobre os eixos.**

Nas primeiras duas, parece não haver restrição econômica, técnica ou organizacional. Entretanto, ambas organizações têm rejeição à tomada de decisão (eixo político), importante ressaltar que por motivos diferentes. O HPS, aqui visto em conjunto com a PROCEMPA e Secretaria Municipal da Saúde, apresenta potencial decisório,

econômicos e técnico, porém há forte resistência organizacional às mudanças necessárias para uma viabilidade estável.

É preciso destacar que do ponto-de-vista técnico nenhuma organização pareceu ter restrições, embora todas ressaltaram a necessidade de fóruns de discussão dos meios. Por recursos econômicos, parece não haver restrição desde que cada gestor afirmasse a demanda como prioridade de sua organização.

Pontos críticos:

- Há um desalinhamento estratégico entre as organizações para os motivos que fazem o gestor rejeitar a proposta. Um o faz por priorizar a integração da atenção primária com o nível secundário e terciário. Outro, por ver como excessivamente heterogênea a realidade de prontuários eletrônicos na cidade para obter a segurança necessária à integração.

- HPS está aquém do GHC e do HCPA no conteúdo.

- HPS tem menos cultura organizacional para evoluir no conteúdo.

- Diferentemente do GHC e HCPA, o desenvolvimento do HPS é "próprio" da Prefeitura, mas não se dá na própria organização hospitalar - o que dificulta o diálogo e implementação de incrementos.

- Prazo de mandato da administração municipal (atuando tanto quanto decisor para o HPS quanto facilitador potencial da discussão) se esgotar antes de um processo dessa monta estar esgotado ou ao menos, com suas bases sedimentadas.

- Interessante frisar a posição relativamente homogênea de que os preceitos de segurança e ética balizariam quaisquer tratativas de troca de informação. Mas teriam de ser discutidos em consenso e em detalhe caso houvesse viabilidade decisória.

É consensual em nível técnico, que quaisquer tentativas de troca de informação entre os diferentes sistemas seria iniciada por uma discussão conjunta das organizações envolvidas para traçar em quais níveis e com quais recursos.

A premissa que a interligação entre os níveis verticais de atenção à saúde é prioritária sobre a troca horizontal no nível terciário pode ser verdadeira. Entretanto, como há registro eletrônico no nível terciário e por ora não há no nível primário, fica-se no aguardo da construção desses registros em nível primário em larga escala. Talvez a presente iniciativa da Secretaria da Saúde do Município em informatizar a rede básica venha a ser o início dessa construção.

Na ótica dos gestores, seria preciso haver essa construção do nível primário para um, e um aperfeiçoamento do sistema de informatização em geral para outro gestor, para

que suas diretrizes mudassem.

Havendo necessidade no futuro, a Secretaria Municipal da Saúde parece ser o natural facilitador do encontro das demais organizações na construção da viabilidade. Talvez já pudesse, no presente momento, desempenhar esse papel e chamar para a discussão as organizações hospitalares nesse processo de informatização da rede básica.

Um fórum que congregasse os desenvolvedores seria naturalmente o local para esmiuçar necessidades e caminhos do ponto de vista físico, de segurança e confiabilidade do sistema - aspectos bastante técnicos. Seria também o espaço para adequar a troca com as necessidades ético-legais vigentes.

Dever-se-ia pensar no fomento de uma cultura de compartilhamento de informação entre as organizações (que não há) para resistir às eventuais trocas de gestores (nas organizações e na gestão municipal).

A atual decisão da Secretaria Municipal da Saúde não prioriza revitalizar o processo de informatização dos registros eletrônicos em saúde no HPS. A prioridade está em informatizar as Unidades Básicas de Saúde. Isso pode ser sensato, já que é possível que não haja condições de fazer tudo simultaneamente. Idealmente seria importante criar uma cultura no HPS de prosseguir no avanço da informatização dos registros do hospital.

Tanto no papel de fomentador da discussão quanto de avançar na implementação no HPS, a Secretaria deveria buscar ser facilitador de forma que as próprias organizações pudessem avançar independentemente de trocas de gestão em nível municipal.

É importante destacar que em diversos países, e no Brasil em diversos centros está se trabalhando no sentido de ampliar e potencializar o recursos dos registros eletrônicos de saúde. A ferramenta, ainda que por si só não seja solução para resolver os processos, pode ser um importante instrumento de assistência e gestão. Parece inteligente manter em mente que a construção atual vai ser facilitadora ou dificultadora do futuro que virá.

## REFERÊNCIAS

ADAMS, T et al. Lessons from the central Hampshire electronic health record pilot project: issues of data protection and consent. **British Medical Journal**. 2004; vol.328: p871–4.

BOOTH, Nick. Sharing patient information electronically throughout the NHS. **British Medical Journal**. 2003 ;vol. 327: p115–6.

Connecting for Health. **Achieving Electronic Connectivity in Healthcare: A Preliminary Roadmap from the Nation’s Public and Private-Sector Healthcare Leaders**. Markle Foundation, New York, 2004. Disponível em : <[http://connectingforhealth.org/resources/aech\\_exec\\_summary.pdf](http://connectingforhealth.org/resources/aech_exec_summary.pdf)>. Acessado em 07 de outubro de 2005.

Connecting for Health. **Financial, Legal and Organizational Approaches to Achieving Electronic Connectivity in Healthcare**. Markle Foundation, New York, 2004. Disponível em: <[http://www.connectingforhealth.org/assets/reports/flo\\_sustain\\_healthcare\\_rpt.pdf](http://www.connectingforhealth.org/assets/reports/flo_sustain_healthcare_rpt.pdf)>. Acessado em 07 de outubro de 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE. **Manual de Requisitos de Segurança, Conteúdo e Funcionalidades para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde**. Versão 2.1. São Paulo, fevereiro de 2004. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/include/forum\\_informatica/GTCERT\\_20040219\\_RT\\_V2.1.pdf](http://www.portalmedico.org.br/include/forum_informatica/GTCERT_20040219_RT_V2.1.pdf)>. Acessado em 07 de outubro de 2005.

HUERTAS, F. **O Método PES: entrevista com Carlos Matus**. São Paulo:FUNDAP, 1996.

MCDONALD, CJ. The Barriers to Electronic Medical Record Systems and How to Overcome Them. **Journal of American Medical Informatics Association**. 1997; vol.4:p213–221.

MCDONALD, CJ. Quality Measures and Electronic Medical Systems. **Journal of American Medical Association**. 1999; vol. 282: p1181-2.

MANDL, K.D.; SZOLOVITS, P.; KOHANE, I.S. Public standards and patients' control: how to keep electronic medical records accessible but private. **British Medical Journal**. 2001; vol.322: p283–7.

MATUS, Carlos. **Política, Planejamento & Governo**. 2ª ed. Brasília: IPEA, 1996. Volume II.

MATUS, C. **Estratégias políticas: chimpanzé, Maquiavel e Ghandi**. São Paulo: FUNDAP, 1996.

NADKARNI, PM. Clinical patient record systems architecture: an overview. **Journal of Postgraduate Medicine**. 2000; vol. 46, n.3, p199-204.

REDE NACIONAL DE ENSINO E PESQUISA. **Rede COMEP**. Disponível em: <<http://www.redecomep.rnp.br>>. Acessado em 12 de abril de 2006.

SCHOENBERG, R; SAFRAN, C. **Internet based repository of medical records that retains patient confidentiality**. British Medical Journal. 2000; vol. 321: p1199–1203.

VIDATIS. **Sistem SIGA Saúde**. Disponível em: <[http://www.attech.br/\\_new/site/negocios/projetos.php?id=154](http://www.attech.br/_new/site/negocios/projetos.php?id=154)>. Acessado em 7 de novembro de 2005.