

ALINHAMENTOS NECESSÁRIOS ENTRE O REGISTRO ELETRÔNICO DE SAÚDE E O SISTEMA DE SAÚDE

LA ALINEACIÓN NECESARIA ENTRE EL REGISTRO DE SALUD ELECTRÓNICO Y EL SISTEMA DE SALUD

Maria Cristiane Barbosa Galvao *
Ivan Luiz Marques Ricarte**

RESUMO:

Introdução: Não se pode compreender o registro eletrônico de saúde sem o entendimento do sistema de saúde, isto é, do contexto em que ele é produzido, organizado e utilizado. **Objetivo:** Apresentar as principais características do Sistema Único de Saúde brasileiro, bem como delinear a proposta do Ministério da Saúde para a criação do registro eletrônico de saúde de alcance nacional. **Metodologia:** Empregou-se a análise documental de cunho qualitativo exploratório, sendo analisados textos técnico-científicos, legislações, notícias e palestras proferidas por representantes do Ministério da Saúde do Brasil. **Resultados:** O modelo de saúde brasileiro prioriza as dimensões físico-biológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos, bem como a assistência prestada por equipes multiprofissionais. Em decorrência de tais características, o registro eletrônico de saúde nacional comportará as informações de saúde de cada paciente, produzidos por diferentes unidades de saúde, localizadas em diferentes regiões geográficas, podendo ser acessado pelo próprio paciente mediante identificação unívoca e senha, bem como por unidades de saúde ou profissionais de saúde que estejam prestando a assistência em saúde. **Conclusão:** É imperativo que pesquisadores e profissionais da informação participem efetivamente como atores do sistema de saúde e da proposição, desenvolvimento e manutenção do registro eletrônico de saúde de âmbito nacional.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Registro Eletrônico de Saúde. Brasil.

1 INTRODUÇÃO

A assistência em saúde produz informações relativas às condições de saúde de indivíduos, comunidades e populações em geral. Tais informações,

* Doutora em Ciência da Informação pela Universidade de Brasília (UnB). Professora da Universidade de São Paulo. E-mail: mgalvao@usp.br

** Doutor em Engenharia Elétrica pela University System of Maryland, Estados Unidos. Professor da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). E-mail: ricarte@unicamp.br

por sua vez, são utilizadas por profissionais, gestores, pesquisadores e estudantes do campo da saúde para a produção de conhecimento e melhoria da saúde da população. O paciente também é um usuário dessa informação em diversos momentos de sua vida.

Tais informações recebem diferentes denominações, não necessariamente equivalentes: registro de saúde; registro do cuidado; registro médico; história clínica do paciente; sumário de registros do cuidado; prontuário do paciente; prontuário médico; prontuário multiprofissional; prontuário de família; e, quando no suporte digital: registro clínico eletrônico; registro eletrônico de saúde; registro eletrônico em saúde; prontuário pessoal do paciente; prontuário eletrônico do paciente; prontuário do paciente em suporte eletrônico; registro eletrônico de saúde, entre outros.

Pinto (2006) declara, por exemplo, que o *prontuário eletrônico do paciente* é um documento complexo caracterizado pela unicidade, pluralidade e polifonia, ou seja, é um documento que traz informações sobre um paciente, podendo ser produzido por diferentes profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas etc.) e que abarca diversas informações sobre o paciente como: identificação, história da condição de saúde, queixas, sinais e sintomas, laudos de exames, prescrições de terapias e cuidados com a saúde etc. A autora conclui seu pensamento afirmando que o prontuário do paciente é um documento técnico e, como qualquer outro, precisa de tratamento adequado a fim de que as informações nele contidas possam ser recuperadas de maneira eficaz e eficiente, sendo um tipo de documento que precisa ser abordado no contexto da ciência da informação.

Molina e Lunardelli (2010) esclarecem que os *prontuários eletrônicos de pacientes* são documentos de extrema importância para pesquisa clínica, administrativa, jurídica e acadêmica em saúde. Nesse sentido, os prontuários devem ser elaborados, organizados e tratados adequadamente, pois, as transformações sociais e o desenvolvimento econômico e científico decorrentes de tomadas de decisões dependem crucialmente das informações que os compõem. Destacam ainda a importância de a ciência da informação estudar

essa tipologia documental, sua organização e preservação, tendo em vista maior prestação da assistência em saúde.

Já Galvão e Ricarte (2011) fazem uma síntese das potenciais contribuições da ciência da informação para a melhoria da criação, comunicação, identificação, seleção, aquisição, organização e recuperação, armazenagem e preservação, análise e síntese, e avaliação das informações contidas em *prontuários de pacientes*. Como conclusão ressaltam que dada a quantidade e a complexidade das contribuições necessárias, provenientes da ciência da informação, é preciso pensar em estratégias coletivas de ação que envolvam os programas de pós-graduação em ciência da informação, o ensino de graduação, capacitação continuada de profissionais, estabelecimento de políticas nacionais referentes à pesquisa em informação em saúde, e a criação de grupos de pesquisa e grupos de interesse especial no prontuário do paciente que extrapolem a disciplinaridade.

Em que pese a preferência terminológica empregada em outros textos e por outros autores, neste artigo empregaremos o termo “*registro eletrônico de saúde*” em consonância com uma tradução mais literal da norma elaborada pela *International Organization for Standardization* (2005) que define o *registro eletrônico de saúde* como a coleção de informação computadorizada relativa ao estado de saúde de um sujeito, armazenada e transmitida em completa segurança, acessível a qualquer usuário autorizado; que estabelece um padrão lógico para a organização da informação, aceito universalmente e independente do sistema. Seu principal objetivo é assegurar serviços de saúde integrados de forma contínua, eficiente e com qualidade, juntamente com informação retrospectiva, corrente e prospectiva. Além disso, consideramos uma tendência mais recente do Governo Brasileiro em empregar preferencialmente o termo “*registro eletrônico de saúde*” ou a sigla “*RES*”, ao invés de empregar o termo “*prontuário*”, por exemplo.

Posto esse esclarecimento terminológico inicial, embora os esforços dos docentes, discentes e pesquisadores sejam crescentes no estudo desta temática e de suas correlações, parece haver ainda uma não assimilação de

que os registros de saúde, no contexto brasileiro, são produzidos em um sistema de saúde nacional e não em unidades de saúde isoladas.

Em nossa prática docente, na graduação e pós-graduação, ainda é comum os alunos demonstrarem algum desconhecimento sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), que quase sempre se expressa por meio de termos empregados equivocadamente. Empregam o termo “*atendimento médico*” para se referirem à assistência em saúde; empregam o termo “*prontuário médico*” ao se referirem ao “*registro eletrônico de saúde*”; empregam os termos “hospital” e “postinho”, e, muitas vezes, ignoram que a assistência privada também integra o SUS, evidenciando um largo desconhecimento dos níveis de atenção em saúde vigentes no Brasil, das funções de assistência das diferentes unidades de saúde, bem como dos papéis assumidos pela equipe multiprofissional e unidades de saúde públicas e privadas. Também é comum os alunos se mostrarem desconhecedores de noções básicas do SUS, como identificar quais são as principais portas de entrada no Sistema. Tal fragilidade de conhecimentos, com certeza, impacta na compreensão do que venha a ser *registro eletrônico de saúde* e outros objetos relacionados à informação em saúde.

De forma semelhante, quando assumimos o papel de pareceristas de projetos de pesquisa no campo da informação, informática e saúde não é incomum analisarmos propostas cujos objetivos não consideram os requisitos informacionais e de informatização demandados pelo SUS, como a escalabilidade, a rastreabilidade, a segurança e a interoperabilidade semântica e sintática. Dessa forma, não é equivocado pensar que mesmo pesquisadores brasileiros explicitam várias fragilidades conceituais na compreensão do SUS e de sua estrutura informacional e tecnológica.

Considerando que não se pode entender informação em saúde sem entender o sistema de saúde, isto é, o contexto de produção em que ela é gerada, organizada e disseminada, este texto tem por objetivo apresentar as principais características do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, bem como delinear a proposta, já em andamento pelo Ministério da Saúde, de criação de registros eletrônicos em saúde de alcance nacional que possam ser

acessados em qualquer ponto da assistência em saúde, por profissionais de saúde envolvidos na assistência, bem como pelos indivíduos assistidos pelo SUS.

Para a construção do presente estudo, a metodologia empregada condiz com análise documental de cunho qualitativo exploratório. Neste sentido, foram selecionados e analisados textos técnico-científicos, legislações e notícias veiculadas pelos meios de comunicação brasileiros, bem como palestras proferidas por representantes do Ministério da Saúde do Brasil sobre a criação do registro eletrônico de saúde de abrangência nacional. Cabe ressaltar que a sistematização apresentada também carrega um cunho pedagógico, trazendo conhecimentos empírico-pragmáticos sobre o contexto informacional da saúde no Brasil que estão fragmentados em trabalhos anteriores (GALVAO, 2013, 2014a, 2014b). Pela abordagem pretendida, na construção deste texto não foram considerados textos sobre registros eletrônicos de saúde produzidos em outros contextos como o americano, por exemplo, cujo sistema de saúde difere substancialmente da proposta brasileira. Foram priorizados, sobretudo, os documentos produzidos pelo Ministério da Saúde brasileiro.

Para apresentar os resultados, o trabalho encontra-se dividido em três partes. A primeira versa sobre as principais características do SUS, bem como sobre as necessidades informacionais para o seu funcionamento e consolidação. A segunda parte prioriza as necessidades informacionais da população brasileira em relação à assistência prestada pelo SUS. E a terceira parte aborda a transição tecnológica necessária para que o SUS funcione, incluindo-se aqui a construção de plataformas tecnológicas e informacionais como o registro eletrônico de saúde.

2 CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO E SUA RELAÇÃO COM O REGISTRO ELETRÔNICO DE SAÚDE

Antes da existência do SUS, apenas os brasileiros trabalhadores empregados tinham acesso ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, que mantinha uma rede de assistência em saúde baseada em estabelecimentos de caráter privado. Logo, para grande parcela da

população brasileira não havia a possibilidade de acesso à assistência em saúde. Após um grande movimento pela democratização no Brasil, o SUS, sua estrutura, forma de atuação e seus princípios foram definidos pela Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 2002). Conceitualmente, o SUS é alicerçado nos princípios da universalidade, integralidade, regionalização, controle social e descentralização da saúde, conforme será descrito a seguir.

A *universalidade da saúde* é o princípio no qual a saúde é um direito de todos, sendo dever do poder público a prestação de serviços e ações que garantam a assistência em saúde para a população, em situações de agravos e, sobretudo, na prevenção de situações que possam afetar à saúde (BRASIL, 2000). Diferentemente de muitos países, do ponto de vista legal, qualquer pessoa que esteja no território brasileiro pode ser atendida pelo SUS. O princípio de universalidade demanda que a informação sobre a saúde de uma pessoa seja acessível quando necessária à assistência em saúde, preferencialmente, em qualquer unidade de saúde existente no território nacional. Assim, se uma pessoa mora no sul do país e viaja para o norte e sofre um acidente, ela poderá ser atendida pelo SUS no local do acidente. Para tanto, idealmente, é necessário que a equipe de saúde tenha acesso ao registro eletrônico de saúde daquela pessoa para verificar questões como tipo sanguíneo, alergias, queixas anteriores ou atuais, medicações em uso etc. No momento, o Ministério da Saúde está trabalhando intensamente na integração dos sistemas de informação existentes a fim de que esta visão informacional se concretize de forma mais eficaz, como veremos ao longo do texto.

A *integralidade da saúde* se volta à disponibilização para a população dos recursos adequados para sua assistência. Assim, por exemplo, a mulher grávida precisará de uma assistência em saúde diferente da assistência a ser prestada a uma criança indígena, a um idoso com problemas de locomoção, a um jovem usuário de drogas ou a alguém que acabou de ser vitimado em via pública. A integralidade visa encaminhar tais perfis de usuários para diferentes pontos da rede e/ou equipes de saúde que possam atendê-los em sua complexidade humana, com os recursos e materiais adequados. Para tanto, o

SUS está dividido em diferentes níveis de assistência que são responsáveis por diferentes ações.

As unidades básicas de saúde (UBS), por exemplo, possuem equipes multiprofissionais de saúde que atuam em um território geográfico definido, prestam ações de saúde individuais e coletivas, trabalham com prevenção, diagnóstico e tratamento, realizam visitas domiciliares periódicas e ações intersetoriais sob a égide do controle social, isto é, com a participação popular. Por exemplo, se os profissionais da UBS percebem que em um bairro há muitos idosos e que as calçadas os deixam em situação vulnerável podendo gerar graves acidentes, a UBS pode atuar frente ao município solicitando ações para a adequação das calçadas. Muitas vezes, para evitar condições indesejáveis de saúde é preciso alterar as circunstâncias sociais e territoriais. A atenção básica, também chamada de atenção primária, tem este forte objetivo de evitar condições de saúde que afetem a população e demandem mais recursos e investimentos do SUS (BRASIL, 2000, 2007).

Além das UBSs, o SUS conta com as unidades de atenção secundária que abarcam procedimentos especializados, realizam cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumato-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, citopatologia, radiodiagnóstico, ultrassonografias, fisioterapia, terapias especializadas, próteses, órteses etc. (BRASIL, 2000, 2007).

Já as unidades de atenção terciária, como os hospitais, trabalham com alta tecnologia e procedimentos de alto custo, como assistência ao portador de doença renal crônica e ao paciente oncológico; cirurgias cardiovasculares, neurocirurgias, implante coclear; assistência aos portadores de queimaduras, obesidade, fibrose cística etc. Com isto, o paciente assistido pelo SUS pode ser atendido por diferentes unidades de saúde a depender de seu estado de saúde. Logo, é muito necessário que os diferentes pontos da assistência do SUS tenham um fluxo informacional eficiente a fim de que esse paciente possa ter uma assistência integral, com os recursos adequados (BRASIL, 2000, 2007).

Atualmente, a atenção básica, a secundária e a terciária se comunicam por meio de sistemas informacionais de referência e contrarreferência que permitem a organização de encaminhamentos entre as unidades de saúde (MACHADO, COLOMÉ, BECK, 2011). Dessa maneira, uma UBS pode encaminhar um paciente para uma unidade de atenção secundária a fim de realizar um exame ou um procedimento (referência). Finalizado o procedimento, a unidade de atenção secundária encaminha o paciente de volta à UBS (contrarreferência) ou encaminha esse paciente para uma unidade de atenção terciária (referência) para, por exemplo, realizar um procedimento cirúrgico. Encerrado este procedimento, a unidade de atenção terciária pode encaminhar esse paciente de volta à UBS (contrarreferência). Essa logística existe para que haja otimização de todos os recursos do SUS e para que um número maior de pessoas possa ser atendido. Mas além da referência e contrarreferência, idealmente, é necessário que as diferentes unidades de saúde tenham acesso à história clínica do paciente a fim de que a assistência prestada seja mais precisa e dirigida para cada caso.

O princípio da *equidade em saúde* se volta para a diminuição das disparidades regionais e sociais no país procurando prover os recursos necessários ao perfil epidemiológico da população de uma região, como a incorporação de tecnologias e o investimento estratégico em situações agudas ou extremas (BRASIL, 2000). A equidade difere da igualdade, na medida em que esta visa distribuir os mesmos recursos ou dar as mesmas possibilidades para todos. Já a equidade está relacionada a oferecer os recursos necessários às especificidades de cada população. Dessa maneira, a população de uma região rural canavieira possui problemas de saúde que diferem de uma população industrial urbana. Também em uma mesma cidade, as necessidades de assistência podem variar de um bairro para outro. Em um bairro, podem acontecer mais atos violentos, como o homicídio por arma branca. Em outro bairro, podem ser mais recorrentes acidentes de trânsito ou doenças derivadas da ausência ou inadequação do saneamento básico. Todas estas dimensões são consideradas pelo SUS por meio de sistemas de

informação constituídos e atualizados a partir dos registros efetuados em prontuários de pacientes.

A partir da Constituição de 1988, o Sistema de Saúde do país passa a ser de responsabilidade da União, dos Estados e dos municípios, sendo estes últimos os responsáveis principalmente pela atenção básica à população. Assim, o princípio da *regionalização da saúde* pressupõe trocas de informações confiáveis entre as diferentes esferas governamentais para otimização dos recursos exigentes e para que sejam evitadas duplicações ou deficiências nos processos de assistência à saúde. A regionalização pressupõe ainda a parceria entre Municípios, Estados e União para solução de diversas questões da saúde. Por meio deste princípio, vislumbra-se que um município que não tenha os recursos necessários para assistir, por exemplo, a um paciente em condição de alta complexidade tecnológica estabeleça parceria com outro município que tenha uma unidade de saúde com recursos para realizar tal assistência. Obviamente, atrelado às assistências prestadas também existe a gestão dos recursos financeiros que são repassados para os diferentes Municípios e unidades de saúde. Este e os demais princípios do SUS dependem todos de uma logística informacional para que as diferentes esferas governamentais cumpram seus objetivos da assistência em saúde. Há que se destacar que o SUS possui uma tabela com o valor dos procedimentos que realiza, a ser repassado às unidades de saúde (BRASIL, 2014). Isto quer dizer que todos os procedimentos, recursos e materiais empregados na assistência a um paciente têm um custo e para contabilizar este custo o ponto de partida são os registros efetuados no prontuário do paciente, que precisam ser fidedignos e consistentes para que não ocorra a evasão ou sublimação inútil de recursos.

O princípio de *descentralização da saúde* pressupõe que, para o efetivo funcionamento do SUS, o Ministério da Saúde estabeleça cooperação financeira com instituições federais, estaduais, municipais e com instituições privadas. Esta descentralização e cooperação ocorrem pela transferência de recursos de forma regular e automática, por meio da remuneração de serviços produzidos por prestadores de assistência em saúde públicos ou privados e

pela celebração de convênios e projetos em parceria. Algo que não é muito claro para a população brasileira é que as instituições privadas de assistência em saúde no Brasil também integram o SUS, por isto ele é único (BRASIL, 2000). Para que existam transações de natureza financeira entre o Ministério da Saúde e demais instituições, são necessárias informações sobre a assistência em saúde prestada à população.

O princípio de *controle social da saúde* está relacionado à participação social nas políticas de saúde pública visando sua democratização (CORREIA, 2009), por meio dos conselhos de saúde municipais, estaduais e Conselho Nacional de Saúde, de modo que a população expresse seus anseios, preocupações, necessidades, bem como priorize e fiscalize os investimentos a serem alocados na assistência em saúde. Os conselhos municipais de saúde são órgãos normativos e deliberativos que atuam na formulação de estratégias e controle da política de saúde (SÃO PAULO, s.d.). Os conselhos estaduais de saúde, como é o caso do existente no Estado de São Paulo, têm por objetivo traçar diretrizes da política estadual de saúde e seu controle, considerando aspectos econômicos e financeiros; contribuir para a organização do SUS; recomendar a adoção de critérios que garantam qualidade na prestação de serviços de saúde; definir estratégias e mecanismos de coordenação do SUS em consonância com os órgãos colegiados; traçar diretrizes para elaboração de planos de saúde; examinar e encaminhar propostas, denúncias e queixas; emitir pareceres em consultas; acompanhar e fiscalizar o desenvolvimento de ações e serviços de saúde; propor critérios para definição de padrões e parâmetros de atenção a saúde etc (SÃO PAULO, s.d.). Já o Conselho Nacional de Saúde é a instância máxima de deliberação do SUS, vinculada ao Ministério da Saúde e que tem como missão a fiscalização, o acompanhamento e o monitoramento das políticas públicas de saúde, bem como tem a responsabilidade de aprovar a cada quatro anos o Plano Nacional de Saúde. É composto por representantes de entidades e movimentos representativos de usuários (população), entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, governo e prestadores de serviços de saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho (BRASIL, s.d.). O controle social também

se filia a outro princípio do SUS que é sua humanização, isto é, tornar a assistência em saúde mais próxima dos usuários e de suas características socioculturais, de forma que o SUS seja mais inclusivo das diferenças existentes.

Sem dúvida a proposta do SUS foi e é um grande avanço para a democratização da assistência em saúde no Brasil que, embora ainda não tenha alcançado patamares ideais em todos os 5.570 municípios, continua evoluindo diariamente e sendo mais demandado pela população, o que é um fato relevante para sua efetiva consolidação e para que as futuras gerações possam usufruir o direito à saúde de forma ampla. Em dezembro de 2013, o SUS possuía 265.291 de unidades de saúde, nas quais trabalhavam 2.210.959 profissionais de saúde, realizando cerca de 3,5 bilhões de consultas ambulatoriais e 11 milhões de procedimentos cirúrgicos por ano. A população atendida pelo SUS é de mais de 200 milhões de brasileiros. Logo, considerando-se todos os processos comunicacionais envolvidos, trata-se de um Sistema gigantesco e com uma grande quantidade de informação de cada paciente a ser integrada e disponibilizada.

Partindo dos princípios do SUS fica mais fácil entender que o registro eletrônico de saúde deve trazer informações das condições de saúde do paciente em diferentes contextos (atenção básica, secundária e terciária) e que vai servir como fonte de informação para a assistência individual, para a assistência coletiva em saúde, e para diversas ações e políticas em saúde institucionais, municipais, regionais, estaduais e federais.

O registro eletrônico de saúde é construído paulatinamente ao longo da vida do indivíduo, por meio de suas visitas ou estadias nos diferentes níveis da assistência e unidades de saúde, no qual é atendido por uma equipe multiprofissional de saúde e não apenas por médicos que trabalham isoladamente, como no passado. Destaca-se que, no contexto brasileiro, todos os profissionais de saúde (médicos, odontólogos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, biomédicos etc.) podem e devem realizar os registros sobre a assistência prestada ao paciente

e tais registros devem estar numa mesma plataforma tecnológica ou em plataformas diferentes que sejam interoperáveis semântica e sintaticamente. Para tanto, o Ministério da Saúde do Brasil está criando o registro eletrônico de saúde de âmbito nacional. É fato que muitas unidades de saúde brasileiras já possuem registros de assistência informatizados ou em processo de informatização, sobretudo as que estão em regiões mais ricas, porém a iniciativa do Governo Federal poderá fornecer melhores diretrizes e condições para que os municípios mais carentes e desprovidos de recursos façam sua transição tecnológica para a era digital. Além disso, o que se vislumbra é o acesso ao histórico clínico no paciente em qualquer ponto da assistência, questão que demanda também a interoperabilidade dos sistemas informatizados existentes.

3 NECESSIDADES INFORMACIONAIS DA POPULAÇÃO ASSISTIDA PELO SISTEMA DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O REGISTRO ELETRÔNICO DE SAÚDE

Em que pese a origem dos registros de saúde terem seu escopo voltado para a conduta e assistência médica e de enfermagem, na contemporaneidade, tais registros podem ser elaborados por diferentes profissionais de saúde. Observados os limites legais de acesso à informação, no contexto brasileiro, tais registros podem ser solicitados e utilizados pelos próprios pacientes ou seus representantes, bem como pelos profissionais de saúde que assistem diretamente ao paciente, e ainda por advogados, juízes, administradores e pesquisadores por meio de permissões específicas dadas pelo paciente.

Pela importância dos registros de assistência em saúde e pelas legislações que os regem, eles têm passado efetivamente a serem usados como provas jurídicas pelo paciente em múltiplos contextos voltados ao seu bem-estar. Em linhas gerais, as demandas dos pacientes para terem acesso aos seus registros de saúde são crescentes por várias razões, abarcando problemáticas físico-biológicas, econômicas, sociais e/ou psicológicas.

Quando um indivíduo falece e possui seguro de vida, com certeza, a seguradora demandará acesso aos registros de saúde do segurado, a fim de

saber quais doenças ele tinha antes e após a contratação desse seguro. Neste contexto, além da família demandar a transparência das razões de morte, o valor a ser pago aos beneficiários pela seguradora, por exemplo, é associado ao tipo de morte, ou seja, se morte natural um valor, se morte acidental outro valor. Situação similar acontecerá em casos de seguro de viagem, que a depender da ocorrência de saúde, acidente ou causa da morte, o valor a ser pago para os beneficiários será quantitativamente diferente. Assim, pode-se já iniciar um caminho na compreensão de que as informações registradas durante a vida e a morte do paciente possuem valores outros, incluindo valores econômicos, que ultrapassam a própria assistência de saúde.

No momento da morte, os registros de saúde são igualmente importantes para a equipe responsável pelo serviço de verificação de óbitos, dentre os quais médicos patologistas, que realizam a necropsia, a fim de que a definição da causa de morte tenha mais embasamento. Em caso de morte violenta ou acidental, o prontuário do paciente será demandado pelo Instituto Médico Legal (IML). Certamente, os relatos do paciente sobre violências já sofridas, ameaças, ou intenções sobre sua vida registradas no prontuário do paciente ajudarão as equipes de especialistas na melhor compreensão da morte ocorrida.

No Brasil, o acidente com veículo automotor de via terrestre (carro de passeio, motocicleta, caminhão, ônibus, micro-ônibus ou trator) que gera morte, invalidez permanente ou despesas médico-hospitalares permite à vítima, aos seus responsáveis ou aos seus herdeiros legais, o recebimento do seguro por Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, mais conhecido como DPVAT. Este seguro pode ser requerido até três anos após o acidente pelos interessados. Novamente, o prontuário do paciente será requisitado a fim de que sejam analisadas informações sobre em que circunstância a vítima foi encontrada, como foi transportada à unidade de saúde, que tipo de sequelas foram derivadas do acidente, se morreu ou se está incapaz em decorrência do acidente. Dentre os documentos obrigatórios requisitados para a obtenção deste seguro estão os relatórios do médico, do dentista e/ou do fisioterapeuta explanando as lesões sofridas e o tratamento realizado,

comprovantes das despesas, contendo discriminação dos honorários dos profissionais que prestaram o serviço, prescrições de medicamentos, radiografias com seus respectivos laudos etc. Dito de outra forma, a assistência em saúde prestada à vítima de um acidente gerará informações que poderão ser necessárias para além da própria assistência, transcendendo-a (SEGURADORA, 2013).

As pessoas com renda familiar mensal *per capita* de até um salário mínimo com deficiência física, mental, auditiva, visual, renal crônica, ou que fizeram cirurgia em decorrência de anomalias no intestino ou bexiga, podem solicitar transporte interestadual gratuito no Brasil, cabendo aos estados e municípios brasileiros as providências para o seu transporte municipal e estadual. De modo geral, pessoas com deficiência possuem também direitos específicos à educação, à assistência em saúde, ao trabalho, à acessibilidade, à isenção fiscal bem como facilidades para financiamento ou aquisição de equipamentos, carros e imóveis, como isenção do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), do Imposto sobre Operações Financeiras (IOF), do Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF) e outros. Em acréscimo, no contexto brasileiro, há reserva de vagas de emprego para pessoas com deficiência (habilitadas) ou para pessoas que sofreram acidentes de trabalho, beneficiárias da Previdência Social (reabilitados) (FEDERAÇÃO, 2013). Em muitos destes casos, cópia integral ou parcial dos registros de saúde do paciente será requerida por órgãos públicos específicos a fim de que a situação de deficiência seja comprovada.

Também os indivíduos com doença crônica, como neoplasia maligna e Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS), podem requerer aposentadoria por invalidez, comprar carro com isenção de impostos, sacar o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, ter isenção do ICMS, do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), e do IRPF, do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), licença para tratamento de saúde, ter liberação do fundo do Programa de Integração Social e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP), requerer prioridade

no andamento de processos judiciais, ter quitação de financiamento de imóvel adquirido pelo Sistema Financeiro de Habitação (SFH). Para garantir tais benefícios, novamente, as informações registradas durante a assistência ao paciente serão requeridas por órgãos específicos.

No caso de algumas doenças crônicas, o paciente necessitará recorrer ao SUS para ter acesso a medicamentos de alto custo. Não havendo disponibilidade desse medicamento por algum motivo, será necessário que o paciente ou seu representante legal entre com uma ação judicial para garantir seu direito. Em tais ações, poderão necessitar das informações registradas no prontuário o paciente, o Ministério Público, a Defensoria Pública e advogados. Os trabalhadores, seus dependentes ou herdeiros podem necessitar de informações do da assistência para fins da Previdência Social, seguro que garante a renda do contribuinte e de sua família, em casos de doença, acidente, gravidez, prisão, morte e velhice. Dentre as situações cobertas pela Previdência Social estão: a aposentadoria especial (benefício concedido ao segurado que tenha trabalhado em condições prejudiciais à saúde ou à integridade física, mediante comprovação de tempo de trabalho, efetiva exposição aos agentes nocivos químicos, físicos, biológicos ou associação de agentes prejudiciais pelo período de 15, 20 ou 25 anos exigido para a concessão do benefício); aposentadoria por invalidez (benefício concedido aos trabalhadores que, por doença ou acidente, forem considerados pela perícia médica da Previdência Social incapacitados para exercer suas atividades ou outro tipo de serviço que lhes garanta o sustento); auxílio acidente (benefício pago ao trabalhador que sofre um acidente e fica com sequelas que reduzem sua capacidade de trabalho); auxílio doença (benefício concedido ao segurado impedido de trabalhar por doença persistente por mais de 15 dias consecutivos); pensão por morte (benefício pago à família do trabalhador quando ele morre); pensão especial aos portadores da síndrome de Talidomida (benefício aos portadores da Síndrome da Talidomida nascidos a partir de 1º de janeiro de 1957, data do início da comercialização da droga Talidomida, Amida Nfálica do Ácido Glutâmico); e o benefício de prestação continuada da assistência social à pessoa com deficiência (benefício que requer a avaliação

da deficiência que incapacita para a vida independente e para o trabalho, podendo ser pago a mais de um membro da família desde que comprovadas as condições exigidas) (BRASIL, 2013).

Pelas informações anteriores, pode-se notar que um direito ou benefício pode demandar informações bastante progressas da assistência de paciente, de modo que a preservação dos registros deve ser pensada pelas instituições responsáveis pela sua guarda, como as unidades de saúde dos diferentes níveis de atenção.

Ainda no campo trabalhista, em decorrência de fraudes relacionadas ao atestado médico, alguns empregadores demandam que as unidades de saúde validem o atestado emitido pelo médico. Esta validação consiste em checar se as informações registradas no atestado expedido possuem coerência com informações dos registros de saúde do paciente. Neste caso, a unidade de saúde não pode passar informações privadas da saúde do paciente para o seu empregador, mas pode confirmar se o atestado emitido é verdadeiro. Para tanto, usará o registro de saúde como fonte de informação. Se, por acaso, o profissional da saúde não registrou o atendimento dado ao paciente, ficará muito difícil para a unidade validar o atestado expedido, o que pode gerar uma situação de conflito trabalhista e mesmo judicial entre as partes envolvidas (paciente, empregador, unidade de saúde, profissional de saúde).

As informações registradas no contexto da assistência podem dizer respeito a mais de um indivíduo. É o caso das informações relacionadas ao planejamento familiar e da violência doméstica, que em algumas situações jurídicas litigiosas relacionadas à paternidade, à maternidade e ao divórcio poderão ser resgatadas pelo paciente ou por demanda judicial. Tais informações são igualmente fundamentais para a elaboração de políticas públicas de saúde, como a política de planejamento familiar que, por sua vez, dá acesso à realização de vasectomias e laqueaduras, ao uso de diafragma, à pílula anticoncepcional de emergência (ou pílula do dia seguinte), ao Dispositivo Intrauterino (DIU), além de outros métodos contraceptivos mais comuns como o injetável mensal, o injetável trimestral, a minipílula, a pílula combinada e os preservativos (BRASIL, 2012).

Muitas informações registradas durante a assistência ultrapassam o interesse do paciente, podendo ser de interesse institucional, regional, nacional e mesmo internacional a fim de que ações em saúde sejam realizadas de forma preventiva ou nos estágios iniciais das doenças ou agravos. Dessa maneira, os profissionais e gestores da saúde autorizados realizam notificação compulsória em sistemas de informação em saúde específicos de algumas condições de saúde como: acidentes por animais peçonhentos; atendimento antirrábico; botulismo; carbúnculo ou Antraz; cólera; coqueluche; dengue; difteria; doença de Creutzfeldt-Jakob; doença meningocócica e outras meningites; doença de Chagas; esquistossomose; eventos adversos pós-vacinação; febre amarela; febre do Nilo Ocidental; febre maculosa; febre tifoide; hanseníase; hantavirose; hepatites virais; infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical; influenza humana por novo subtipo etc. (BRASIL, 2011).

Em caso de catástrofes, guerras, ações terroristas, ações de violência contra os indivíduos ou a coletividade, os registros de saúde podem ser uma fonte de provas sobre os males sofridos pelos seres humanos envolvidos. Um dos casos apresentados na literatura científica traz os achados em prontuários de pacientes/prisioneiros políticos de Guantánamo, os quais indicam sinais de prováveis torturas como: erupções na pele, perda de peso, diarreia, dor lombar, hemorroidas, úlcera péptica, infecções respiratórias superiores, gengivite, remoção de cera de ouvido, refração ocular, lesões físicas, contusões, fraturas ósseas, lacerações, lesão do nervo periférico e ciático, pesadelos, tendência suicida e tentativas de suicídio, depressão, alucinações audiovisuais, ansiedade, claustrofobia, dificuldades de memória e de concentração, estados dissociativos, depressão, personalidade passivo-agressiva, transtorno comportamental, traços narcísicos, psicose etc. Todavia, não foram registradas nos prontuários as causas que geraram tais condições (IACOPINO, XENAKIS, 2011).

No caso de suspeita de negligência ou erro na assistência recebida pelo paciente, os registros efetuados durante a assistência são fontes de informação tanto para acusação quanto para a defesa dos envolvidos. Um ponto

importante é que a ausência, a omissão, a incompletude, a rasura, a falsidade ou a adulteração do registro já constituem conduta equivocada do profissional da saúde, ou da equipe multiprofissional de saúde ou da unidade de saúde. Outro fato grave é o desaparecimento parcial e/ou integral dos registros de assistência, pois, no Brasil, cabe à instituição de saúde sua guarda em lugar e/ou sistema informatizado seguro, livre de roubos ou ataques.

Numa perspectiva econômica, os registros de saúde são também fontes para se verificar se as assistências que a unidade de saúde alega ter realizado foram efetivamente realizadas, pois, no Brasil, as receitas recebidas por unidades de saúde, sobretudo da atenção terciária, estão relacionadas ao tipo de assistência que prestam e ao número de pacientes que atendem. A não organização dos registros, por exemplo, dificulta os processos de auditoria e verificação da qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados.

Os registros de saúde são fontes de informação para várias modalidades de pesquisas científicas, dentre as quais está a pesquisa clínica, que consiste em qualquer investigação em seres humanos, objetivando descobrir ou verificar os efeitos de produtos, como medicamentos, e/ou identificar suas reações adversas com o objetivo de averiguar sua segurança e/ou eficácia. A pesquisa clínica é dividida em várias etapas que variam desde testes iniciais de medicamentos em seres humanos que possam se beneficiar da nova terapêutica até os efeitos adversos de medicamentos após sua comercialização (BRASIL, s.d.). Durante o processo de pesquisa clínica, todas as reações e os sintomas ocorridos com os pacientes são registrados. Há medicamentos, por exemplo, que deixam de ser comercializados, pois ao serem usados em larga escala causam mais prejuízos que benefícios à saúde individual e coletiva. Em caso recente (UNITED, 2013), duas mortes inexplicáveis aconteceram em pacientes que receberam uma injeção intramuscular do medicamento antipsicótico Zyprexa Relprevv (pamoato de olanzapina). Tal situação gera um alerta internacional sobre as potenciais consequências para pacientes que estejam empregando tal medicamento. Assim, uma varredura nos registros de saúde indicará pacientes em risco.

Pelo exposto, considerando seus múltiplos usos na contemporaneidade, os registros efetuados durante a assistência em saúde não deveriam ser deixados à sorte ou azar de serem descartados, destruídos ou perdidos.

4 O REGISTRO ELETRÔNICO DE SAÚDE DE ÂMBITO NACIONAL

Pela importância dos registros em saúde e pelas deficiências ainda existentes para o adequado tratamento desses registros, o SUS se encontra em plena transição tecnológica de uma cultura da assistência em saúde baseada em suporte papel e em bases de dados e informações fragmentadas e desintegradas para um novo panorama que vislumbra a interoperabilidade e intercâmbio de dados e de informações em larga escala, visando à melhoria da assistência e gestão em saúde, a maximização dos recursos e a ampliação da assistência em todo território nacional.

Segundo Perche (2014), há no Brasil cerca de 140 sistemas nacionais de informação em saúde relacionados ao SUS que estão desintegrados e/ou ainda em processo de integração, sem contabilizar aqui os inúmeros sistemas de informação adotados nas diferentes unidades de saúde municipais, estaduais e federais. Neste sentido, para fins de pesquisa científica ou tecnológica não faz mais sentido pensarmos ou propormos sistemas isolados e sem interoperabilidade.

Embora o processo de informatização do SUS já tenha iniciado há algum tempo, muitos dos sistemas de informação existentes no setor da saúde foram construídos há décadas, com foco exclusivo no faturamento, com tecnologias antigas e sem grandes preocupações com a interoperabilidade, a segurança, a recuperação da informação e a preservação digital de longo prazo (CUNHA, 2002).

Tais sistemas adotam diferentes formas de coleta, de síntese e de representação da informação, o que dificulta o reaproveitamento de dados, gerando repetição do trabalho, visões fragmentadas, bases de dados pouco confiáveis e grande limitação para os usuários no processo de obtenção de dados e informações específicas.

Para avançar em tais problemáticas, uma questão inicial de alta complexidade e de larga escala é a identificação unívoca, em território nacional, dos pacientes, profissionais de saúde e estabelecimentos de saúde, pois se cada paciente, profissional de saúde e unidade de saúde tiver uma identificação única suas informações poderão ser reunidas. Será, portanto, possível saber como está o processo integral de assistência de cada paciente, onde e quando foi assistido, que profissional o atendeu, que exames foram realizados e quais são os laudos recebidos dos exames realizados, dentre outras informações.

A falta de uma identidade unívoca é, primeiramente, prejudicial ao paciente, pois seus registros de saúde ficam espalhados pelas diferentes unidades de saúde que o assistem, sem a possibilidade tecnológica de serem agrupados em registro eletrônico de saúde único e acessível, quando necessário, em todo o território nacional, respeitando-se os limites éticos e de privacidade previstos na legislação nacional.

Para dar um exemplo, um cidadão brasileiro pode ser atendido em unidades básicas de saúde, em unidades de pronto atendimento, em clínicas especializadas e em hospitais públicos ou privados. Sem um mecanismo tecnológico para reunir essas informações, grande parte dos registros de saúde do indivíduo pode estar desintegrada e não pode ser acessada com rapidez pelos profissionais de saúde que o atendem, resultando em total fragmentação do processo de assistência em saúde e uma plena fragmentação de dados e informações sobre sua existência. Dito de outro modo, se as diferentes unidades de saúde soubessem que as informações A, B, C e D pertencem à mesma pessoa, tais informações poderiam ser agrupadas em uma plataforma tecnológica única.

Sem uma identificação unívoca, na atualidade, um mesmo paciente pode, por exemplo, demandar assistência em várias unidades públicas de saúde de mesmo nível de assistência. E vários profissionais de saúde de diferentes unidades públicas podem prestar a este paciente uma assistência similar, sem que saibam que este paciente já está sendo assistido em outro lugar. Esta situação, que pode parecer adequada e aconchegante para o

paciente assistido, traz questões importantes para a coletividade. Uma delas é a duplicação da assistência pública para um único indivíduo que pode prejudicar outros pacientes que realmente ainda não receberam nenhuma assistência. Logo, quando o mesmo paciente utiliza várias unidades de saúde para resolver o mesmo problema ou quando o paciente realiza o mesmo exame várias vezes em diferentes unidades públicas ou privadas, há um retrabalho que traz implicações para os exíguos recursos humanos e materiais existentes para atender toda a população brasileira, ou seja, muitas pessoas saem prejudicadas.

Outra questão importante que a identificação unívoca pode solucionar reside na situação de pacientes homônimos e pacientes com nomes muito similares, como “Maria Cristiane Barbosa GALVAO” e “Maria Cristina Barbosa GALVAO”. Em caso ocorrido em 2010, uma clínica de saúde particular foi condenada a pagar indenização por troca de exames de dois pacientes homônimos. Neste caso, dois pacientes com o nome “Severino José da Silva” atendidos pela clínica tinham diabetes, mas em diferentes estágios. A troca de exames não causou maiores danos aos pacientes, pois para ambos foram indicados medicamentos similares, porém com dosagens inadequadas para o estágio da enfermidade. O erro foi descoberto e corrigido, contudo a justiça entendeu que a integridade física dos pacientes foi ameaçada, alertando que unidades de saúde devem ter cuidado com a identificação de seus pacientes, sendo um risco se apoiarem apenas no nome do paciente, sem considerar dados adicionais (JUSTIÇA, 2010).

Também é fundamental a identificação unívoca de profissionais e estabelecimentos de saúde visando uma melhor gestão da saúde pública no Brasil. Estudo realizado por Maciel (2010), por exemplo, conclui que embora dados oficiais da Secretaria da Saúde do Ceará indiquem que todos os municípios possuem médicos, nem sempre os pacientes encontram tais médicos nos respectivos locais onde deveriam estar, pois os profissionais possuem múltiplos empregos visando uma remuneração mais expressiva. Um cadastro nacional de profissionais e estabelecimentos com identidades unívocas permite, então, esclarecer se um mesmo profissional possui uma

carga horária não praticável no mundo real e se os horários de trabalho que realiza em diferentes unidades de saúde são conflitantes.

Pelo exposto, faz-se notar que o uso de várias identidades pelo mesmo ser humano envolve questões culturais, que para serem superadas carecem de ampla integração e coesão de sistemas informacionais. Em 2013, por exemplo, um repórter alegou ter emitido para si mesmo nove RGs, ou seja, registros gerais de identificação, em diferentes localidades do Brasil, dentre as quais Vitória, Campo Grande, Maceió, João Pessoa, Natal, Rio Branco, Porto Velho e Porto Alegre (TUROLLO JR., 2013). Os motivos para as pessoas buscarem mais de uma identidade são diversos: obtenção de benefícios públicos ou privados; fuga de questões existenciais, judiciais, políticas, profissionais ou sociais; questões relacionadas ao gênero, dentre outras. Dessa forma, é de se esperar que mecanismos de identificação precisem ser aperfeiçoados para que o SUS atinja seus objetivos de uma identificação unívoca.

Assim, a existência de um registro eletrônico de saúde nacional demanda a identificação unívoca do paciente, dos estabelecimentos de saúde e dos profissionais de saúde que o atende em território nacional.

No Brasil, essa identificação unívoca é o objetivo do Cartão Nacional de Saúde (CNS), conhecido pela população como Cartão SUS, possuindo uma numeração nacional. (BRASIL, 1996).

A atual Portaria que regulamenta o Cartão SUS esclarece que este se volta para: a melhoria e a modernização da gestão da saúde e do seu sistema de gerenciamento de informações; a racionalização e a interoperabilidade tecnológica dos serviços de saúde, no território nacional; o intercâmbio das informações e a celeridade dos procedimentos; a identificação dos usuários das ações e serviços de saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da atenção à saúde, de organizar o sistema de referência e contrarreferência e de aprimorar a qualidade dos processos de trabalho, viabilizando o planejamento, o acompanhamento e a avaliação da atenção à saúde; a garantia ao cidadão do registro, em um sistema informatizado, dos dados relativos à atenção à saúde que lhe é garantida (BRASIL, 2011). Adicionalmente, prevê-se que o

Cartão SUS também poderá ser usado em projetos intersetoriais envolvendo outros ministérios, políticas públicas educacionais, trabalhistas, de assistência social e de saúde.

Embora se espere que todo brasileiro tenha seu Cartão SUS, a Portaria esclarece que ninguém, na rede pública ou privada, pode ter seu atendimento em saúde negado caso não esteja de posse do Cartão SUS, não saiba o número do Cartão ou não tenha efetuado o seu respectivo cadastro, esclarecendo que as atividades de identificação e cadastramento podem ser efetuadas posteriormente ao atendimento prestado ao paciente (BRASIL, 2011). Isto é importante, sobretudo, em situações emergenciais.

Para que o Cartão SUS tenha consistência, sua geração demanda o nome completo do indivíduo, sem abreviaturas, o RG ou CPF, a certidão de nascimento ou de casamento, e o endereço de residência. Este registro costuma ser efetuado pela unidade de saúde pública ou privada que assiste ao paciente. Recomenda-se que antes de se fazer um novo registro seja verificado se o cidadão já se encontra registrado na plataforma. Para tanto, se faz necessário acessar o Portal de Saúde do Cidadão, disponível em <https://portaldocidadao.saude.gov.br/portalcidadao/>, no qual, por nome ou por CPF, é possível saber se o cidadão possui o Cartão SUS.

Também pelo Portal mencionado é possível que a unidade de saúde e os profissionais de saúde, usando suas respectivas senhas, tenham acesso a registros de saúde efetuados nacionalmente. Pelo Portal, igualmente, os pacientes poderão ter acesso a seus registros eletrônicos de saúde, inclusive poderão adicionar a ele informações sobre sua saúde, conforme informação obtida junto ao Coordenador Geral de Gestão de Projetos do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde, Sr. Moacyr Esteves Perche, em conversa realizada em 2013, em Goiânia.

Ressalta-se que todas as mudanças, transformações e consolidações no SUS são realizadas de forma gradativa e progressiva, dadas a dimensão do território nacional e as condições sociais e tecnológicas das diferentes regiões. Em março de 2012, o então Secretário da Secretaria de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, Sr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade, concedeu uma

entrevista afirmando que naquele ano já havia em torno de 150 milhões de Cartões SUS produzidos em todo território nacional, sobretudo, nas grandes cidades, e que o objetivo do Ministério da Saúde seria de que até o final de 2014 todos os brasileiros tivessem de posse do seu Cartão SUS (ANDRADE, 2012).

Em conferência ministrada em fevereiro de 2014, o Coordenador Geral de Gestão de Projetos do Departamento de Informática do SUS, em evento da Organização Mundial de Saúde sobre integração e interoperabilidade de dados em saúde, disse que o Brasil possui na atualidade 140 milhões de Cartões SUS para uma população de quase 200 milhões de habitantes (PERCHE, 2014).

Esta divergência de números do Cartão SUS se justifica, pois o DATASUS e o Ministério da Saúde têm ampliado a higienização e deduplicação dos dados e informações deste sistema, por meio do cruzamento de dados para a construção de uma identidade unívoca para cada cidadão, de modo que pessoas que tentem ter ou tenham vários Cartões SUS possuam todos os seus dados interligados, resultando em um Cartão SUS o mais consistente possível (PERCHE, 2013).

A gestão do Cartão SUS deverá ser realizada por meio do Portal de Saúde do Cidadão, no endereço já mencionado. Esta idealização deriva do fato de que cerca de 100 milhões de brasileiros já tenham acesso à Internet (BOUÇAS, 2013) e que, portanto, possuem condição mínima de acompanhar sua assistência em saúde pela Web, mediante senha específica associada a cada cartão.

5 CONCLUSÃO

A produção, organização, disseminação e preservação da informação em saúde estão intimamente relacionadas ao modelo de sistema de saúde adotado por um país. Dito de outro modo, se o cientista da informação, o aluno, o profissional da informação não compreende a relação entre sistema de saúde

e registro eletrônico de saúde, poderá facilmente incorrer em erros na proposição de intervenções informacionais no campo da saúde.

Vale ressaltar que há países onde a assistência em saúde é privada, medico-centrada e a abordagem volta-se para apenas a dimensão físico-biológica dos indivíduos. Nesses países, faz sentido, por exemplo, empregar o termo prontuário médico. Todavia, no Brasil, o modelo de saúde proposto a partir da Constituição de 1988 foca a universalidade da saúde, a integralidade da assistência prestada, a descentralização e a regionalização da assistência em saúde, a equidade da assistência em saúde, e o controle social da assistência em saúde. Além disso, o modelo de sistema de saúde adotado pelo Brasil prioriza as dimensões físico-biológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos, bem como uma assistência prestada por equipes multiprofissionais. Em decorrência de tais características, o registro eletrônico de saúde nacional comportará as informações de saúde de cada paciente, produzidos por diferentes unidades de saúde, localizadas em diferentes regiões geográficas, podendo ser acessado pelo próprio paciente mediante identificação unívoca e senha, bem como por unidades de saúde ou profissionais de saúde que estejam prestando a assistência em saúde.

Nesse contexto, torna-se prioritária uma aproximação entre o campo da ciência da informação e o campo da saúde para além da informação de caráter bibliográfico. É imperativo que pesquisadores e profissionais da informação participem efetivamente como atores do sistema de saúde e da proposição, desenvolvimento e manutenção do registro eletrônico de saúde de âmbito nacional.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. de. Todo brasileiro terá número do cartão SUS até 2014. **NBR**, 31 mar. 2012. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=D_gL5qoPfRc>. Acesso em: 3 nov. 2014.

BOUÇAS, C. Internet no Brasil ultrapassa 100 milhões de usuários, aponta Ibope. **Valor Econômico**, 10 jul. 2013. Disponível em:
<<http://www.valor.com.br/empresas/3193596/internet-no-brasil-ultrapassa-100-milhoes-de-usuarios-aponta-ibope>>. Acesso em: 23 jul. 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pesquisa clínica**. Brasília: ANVISA, s.d. Disponível em:<<http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/pesquisa/def.htm>>. Acesso em: 26 de julho de 2014a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília : CONASS, 2007. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progesteres_livro9.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2014.

_____. Ministério da Previdência Social. **Benefícios da previdência social**. Brasília : MPAS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional e Saúde**: apresentação. Brasília: MS, (s.d.). Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/apresentacao.htm>>. Acesso em: 3 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde**: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília: MS, CNS, 2002. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento_sus.pdf>. Acesso em: 19 out. 2014.

_____. Planejamento familiar: SUS oferece oito opções de métodos contraceptivos. Brasília : MS, 2012.

_____. Portaria no. 2.203, de 5 de novembro de 1996. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.htm>. Acesso em: 24 out. 2014.

_____. Portaria no. 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html>. Acesso em: 19 out. 2014.

_____. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: MS, 2000. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 17 out. 2014.

_____. Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Brasília: MS, 2014. Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>>. Acesso em: 17 out. 2014.

_____. Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.

CORREIA, M. V. C.. Controle social. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro : EPSJV-FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>>. Acesso em: 3 nov. 2014.

CUNHA, R. E. da. Cartão nacional de saúde: os desafios da concepção e implantação de um sistema nacional de captura de informações de atendimento em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, jan. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 out. 2014.

FEDERAÇÃO Brasileira de Bancos. **Pessoas com deficiência**: direitos e deveres. São Paulo: FEBRABAN, [s.d.].

GALVAO, M.C.B. O Cartão SUS enquanto proposta de identificação unívoca tendo em vista a integração de dados e informações em saúde no Brasil. 27 de março de 2014a. In: Almeida Junior, O.F. **Infohome** [Internet]. Londrina: OFAJ, 2014. Disponível em: <http://www.ofaj.com.br/colunas_conteudo.php?cod=827>. Acesso em: 5 out. 2014.

_____. Os princípios do Sistema Único de Saúde e suas implicações para a construção do conceito de prontuário do paciente no contexto nacional. 20 de fevereiro de 2014. In: Almeida Junior, O. F. **Infohome** [Internet]. Londrina: OFAJ, 2014b. Disponível em: <http://www.ofaj.com.br/colunas_conteudo.php?cod=817>. Acesso em: 5 out. 2014.

_____. Usos do prontuário do paciente na contemporaneidade. 1º. de agosto de 2013. In: Almeida Junior, O. F. **Infohome** [Internet]. Londrina: OFAJ, 2013. Disponível em: <http://www.ofaj.com.br/colunas_conteudo.php?cod=765>. Acesso em: 5 out. 2014.

_____, RICARTE, I.L.M. O prontuário eletrônico do paciente no século XXI: contribuições necessárias da ciência da informação. **InCID: Revista de Ciência da Informação e Documentação**, Brasil, v. 2, n. 2, p. 77-100, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/incid/article/view/42353>>. Acesso em: 22 ago. 2014.

IACOPINO, V.; XENAKIS, S. Neglect of medical evidence of torture in Guantánamo Bay: a case series. **PLoS Medicine**, v.8, n.4, 2011.

JUSTIÇA do Rio condena clínica que trocou exames de homônimos. Terra, 7 jul. 2010. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/brasil/cidades/justica-do-rio-condena-clinica-que-trocou-exames-de-homonimos,7eeda21a4572b310VgnCLD200000bbcceb0aRCRD.html>>. Acesso em: 19 out. 2014.

MACHADO, L. M.; COLOMÉ, J.S.; BECK, C.L.C. Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contra-referência: um desafio a ser enfrentado. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 1, p. 31-40, jan. 2011. ISSN 2179-7692. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2337/1509>>. Acesso em: 18 out. 2014.

MACIEL, R. H. et al. Multiplicidade de vínculos de médicos no Estado do Ceará. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.5, Oct. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000500021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2014.

MOLINA, L.G., LUNARDELLI, R. S. A. O prontuário do paciente e os pressupostos arquivísticos: estreitas e profícuas interlocuções. **Informação & Informação**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 68-84, jul. 2010. ISSN 1981-8920. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/4764>>. Acesso em: 24 ago. 2014.

PERCHE, M. E. **Interoperabilidade de e-saúde**. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=D95HTuRkfns>>. Acesso em: 24 out. 2014.

_____. **Desafios do e-Saúde para os próximos 3 anos**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Informática em Saúde, 2013. (apresentação oral).

PINTO, V. B. Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde. **Encontros Bibli**, n.21, p.34-48, 2006.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde. **Conselho Estadual de Saúde: atribuições**. São Paulo: SES-SP, (s.d.). Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/conselho-estadual-de-saude/apresentacao/atribuicoes>>. Acesso em: 17 out. 2014.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Conselho Municipal**. São Paulo : SMS, (s.d.). Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/conselho_municipal/>. Acesso em: 17 out. 2014.

SEGURADORA Líder. **Seguro DPVAT**. Disponível em: <<http://www.dpvatsegurodotransito.com.br/>>. Acesso em: 26 de out. de 2014.

TUROLLO JR., R. Repórter tira carteira de identidade em 9 Estados. **Folha de São Paulo**, 13 out. 2013. Disponível em:
<<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/10/1355762-reporter-tira-carteira-de-identidade-em-9-estados.shtml>>. Acesso em: 19 out. 2014.

UNITED States Food and Drug Administration. **Zyprexa Relprevv (Olanzapine Pamoate)**: Drug Safety Communication; FDA Investigating Two Deaths Following Injection. Silver Spring: FDA, 2013.

Title

The necessary alignment between the electronic health record and health system

Abstract

Introduction: It is not possible to understand electronic health records without understanding the health system, that is, the context in which they are produced, organized and used. **Objective:** To present the major characteristics of the Brazilian Unified Health System (SUS), as well as the Ministry of Health proposal of a national electronic health record. **Methods:** Documentary analysis with an exploratory and qualitative approach. Technical-scientific texts, legislation, news and lectures performed by representatives of the Brazilian Ministry of Health were analyzed. **Results:** The Brazilian health model prioritizes the physical-biological, psychological and social dimensions of individuals as well as assistance provided by multidisciplinary teams. Due to these characteristics, the national electronic health record contains information for each patient, produced by different health units located in different geographical regions, and can be accessed by the patient through unique identification, as well as by health units or healthcare professionals who are providing the assistance. **Conclusion:** Information researchers and professionals must participate effectively as actors of the health system and proposition development and maintenance of electronic registration of national health.

Keywords: Health system Brazilian Unified. Electronic Health Record. Brazil.

Titulo

La alineación necesaria entre el registro de salud electrónico y el sistema de salud

Resumen

Introducción: No se puede entender el registro de salud electrónico sin conocimiento del sistema de salud, es decir, el contexto en que el es producido, organizado y utilizado. **Objetivo:** Presentar las principales características del Sistema Único de Salud de Brasil, así como esbozar la propuesta del Ministerio de Salud para desarrollar el registro electrónico de salud a nivel nacional. **Métodos:** Se aplicó un análisis documental de estudio cualitativo exploratorio, y se analizaron textos técnicos y científicos, leyes, noticias y conferencias a cargo de representantes del Ministerio de Salud de Brasil. **Resultados:** El modelo de salud de Brasil prioriza las dimensiones físicas-biológicas, psicológicas y sociales de los individuos, así como la asistencia proporcionada por equipos multidisciplinares. Así, el registro electrónico de salud nacional contiene la información sobre la salud de cada paciente, producido por diferentes unidades de salud ubicados en diferentes regiones y se puede acceder por el paciente a través de la identificación exclusiva, así como por unidades de la salud o

profesionales de la salud que están prestando la atención de la salud. **Conclusión:** Los investigadores y profesionales de la información deben participar efectivamente como actores del sistema de salud y en el desarrollo y mantenimiento de la proposición de registro electrónico de salud nacional.

Palabras clave: Sistema Único de Salud. Registro de Salud Electrónico. Brasil.

Recebido em: 05.11.2014

Aceito em: 05.12.2017