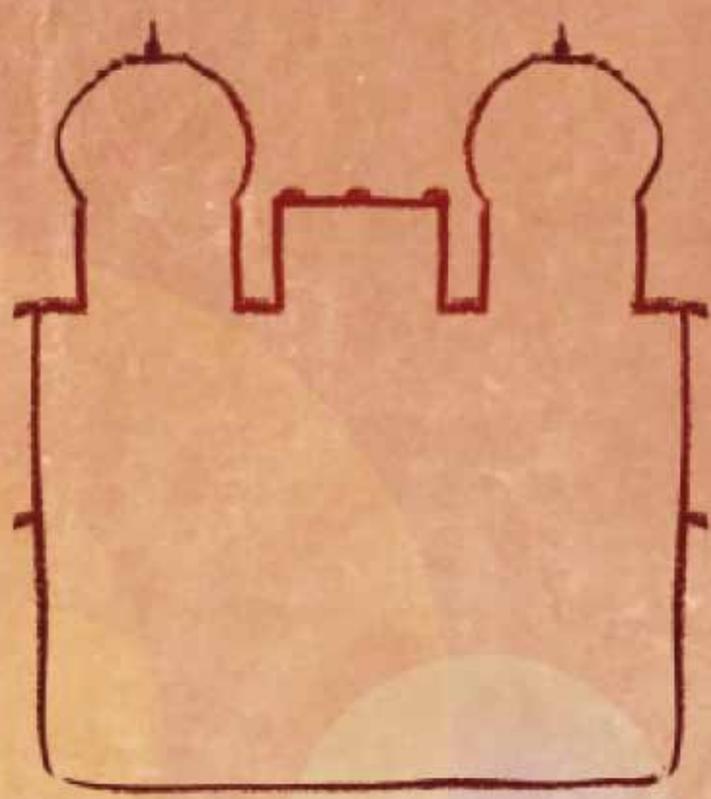




# UMA EXPERIÊNCIA DE QUALIFICAÇÃO DE TRABALHADORES DO SUS: diagnóstico da Gestão de Documentos e Informações em Saúde no Piauí



ORGANIZAÇÃO  
Fernanda Martins  
Sergio Munck



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

**Presidente**

Nísia Trindade Lima

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE

JOAQUIM VENÂNCIO

**Diretora**

Anakeila de Barros Stauffer

**Vice-diretor de Ensino e Informação**

Carlos Maurício Guimarães Barreto

**Vice-diretor de Gestão  
e Desenvolvimento Institucional**

José Orbilio de Souza Abreu

**Vice-diretor de Pesquisa  
e Desenvolvimento Tecnológico**

Sérgio Ricardo de Oliveira

RIO DE JANEIRO, 2019

# UMA EXPERIÊNCIA DE QUALIFICAÇÃO DE TRABALHADORES DO SUS: diagnóstico da Gestão de Documentos e informações em saúde no Piauí

Organizadores  
Fernanda Martins  
Sergio Munck



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE  
JOAQUIM VENÂNCIO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

Copyright © 2019 dos organizadores  
Todos os direitos desta edição reservados à  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz

## **Capa**

Maycon Gomes

## **Editoração**

Marcelo Paixão

## **Revisão**

Gloria Regina Carvalho

## **Conselho de Política Editorial**

André Vianna Dantas (Coordenador)

Bianca Antunes Cortes

Carla Macedo Martins

Elizabeth Menezes Teixeira Leher

Gilcilene de Oliveira Damasceno Barão

Helena Maria Scherlowski Leal David

Luiz Mauricio Baldacci

Márcia de Oliveira Teixeira

Maria Teresa Cavalcanti de Oliveira

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

---

E96e Uma experiência de qualificação de trabalhadores do SUS: diagnóstico da gestão de documentos e informações em saúde no Piauí/ organizado por Fernanda Martins e Sergio Munck. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2019.  
184 p. : il.

ISBN: 978-85-5457-005-7

1. Capacitação Profissional. 2. Gestão da Informação.  
3. Sistema Único de Saúde. I. Martins, Fernanda (Org.). II. Munck, Sergio (Org.).

CDD 370.113

---

## **Autores e colaboradores**

### **Ana Cristina Gonçalves Vaz dos Reis (colaboradora)**

Nutricionista, doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, professora e pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz.

### **Andrea de Sousa Vieira Araújo**

Egressa do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional da Maternidade D. Evangelina Rosa – Secretaria de Estado da Saúde do Piauí.

### **Antônio Januário de Oliveira Junior**

Egresso do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional da Secretaria Municipal de Saúde – Novo Santo Antonio (PI).

### **Bianca Borges da Silva Leandro**

Sanitarista, mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, professora e pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz.

### **Dielsianny de Oliveira Gomes Macedo**

Egressa do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional do Hospital Dirceu Arcoverde da Polícia Militar do Piauí.

### **Dielson Castro Silva**

Egresso do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional do Hospital Urgência de Teresina (HUT) – Secretaria de Estado da Saúde do Piauí.

### **Edina Maria Pereira Rodrigues**

Egressa do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Piauí (Hemopi) – Secretaria de Estado da Saúde do Piauí.

### **Eleyne Deyannys de Sousa Silva**

Egressa do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí.

### **Enos Campos Neto**

Egresso do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional da Secretaria Municipal de Saúde – Oeiras, Piauí.

### **Erika Barbosa dos Santos**

Egressa do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional do Hospital Urgência de Teresina – Secretaria de Estado da Saúde do Piauí.

### **Erivan Ribeiro Lima**

Egresso do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional do Hospital Dirceu Arcoverde da Polícia Militar do Piauí..

### **Fernanda do Nascimento Martins** (organizadora)

Historiadora, mestre em Educação Profissional em Saúde na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, bolsista de pesquisa do Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde / EPSJV/Fiocruz.

### **Flavio Astolpho Vieira Souto Rezende**

Médico, mestre em Engenharia Biomédica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, professor e pesquisador da Vice-direção de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz.

### **Francilde Jeane Soares Lima Malheiros**

Egressa do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional do Hospital Infantil Lucídio Portella – Secretaria de Estado da Saúde do Piauí.

### **Francisca Claudia de Oliveira Fortaleza**

Egressa do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional da Secretaria Municipal de Saúde – Pio IX, Piauí.

### **Francisca Pereira de Sousa**

Egressa do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional do Hospital Getúlio Vargas – Secretaria de Estado da Saúde do Piauí.

### **Íris Lettieri Ribeiro Rocha Nunes**

Egressa do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Piauí – Secretaria de Estado da Saúde do Piauí.

### **Jailson Castro de Sousa**

Egresso do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional do Hospital Estadual Dr. Julio Hartman – Secretaria de Estado da Saúde do Piauí.

### **José Gabriel Gomes de Oliveira**

Egresso do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional da Coordenadoria. Estadual de Epidemiologia – Secretaria de Estado da Saúde do Piauí.

### **José Mauro da Conceição Pinto**

Historiador, mestre em Comunicação, Imagem e Informação pela Universidade Federal Fluminense, docente pesquisador do Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz.

### **Leidiane Lopes de Carvalho**

Egressa do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional da Gerência de Atenção Básica – Secretaria de Estado da Saúde do Piauí.

### **Líliã Ruth Carvalho Sousa**

Egressa do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional do Laboratório Central de Saúde Pública do Piauí.

### **Maraiza Aragão Arrais Araujo**

Egressa do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional da Secretaria Municipal de Saúde – Nazária, Piauí.

### **Marcela Alejandra Pronko**

Graduada em Ciências de la Educación - Universidad Nacional de Luján, doutora em História pela Universidade Federal Fluminense. Professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz e professora colaboradora do Mestrado em Política e Gestão da Educação da Universidad Nacional de Luján (Argentina).

### **Marcia Fernandes Soares**

Nutricionista, mestre em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, professora e pesquisadora da Coordenação de Desenvolvimento de Materiais e Tecnologias Educacionais em Saúde/EPSJV/Fiocruz.

### **Marcilene Alves de Castro**

Egressa do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional do Laboratório Central de Saúde Pública do Piauí.

### **Marcus Vinícius Siqueira de Azevedo**

Egresso do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional do Hospital Infantil Lucídio Portella – Secretaria de Estado da Saúde do Piauí.

### **Maria do Socorro Oliveira Guimarães**

Egressa do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional da Central de Regulação Hospitalar – Secretaria de Estado da Saúde do Piauí.

### **Maria Helena Lima Miranda**

Egressa do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional da Coordenadoria Estadual de Epidemiologia – Secretaria de Estado da Saúde do Piauí.

### **Maria Teresa da Silva Ferreira**

Egressa do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí.

**Martha Peçanha Sharapin (colaboradora)**

Engenheira Civil, mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, professora e pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz.

**Pedro Isaac Soares Carvalho**

Egresso do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – Secretaria de Estado da Saúde do Piauí.

**Raquel dos Reis Coelho**

Egressa do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional da Secretaria Municipal de Saúde – São Francisco de Assis, Piauí.

**Rita de Cássia Amorim Mota dos Santos**

Egressa do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional da Maternidade D. Evangelina Rosa – Secretaria de Estado da Saúde do Piauí.

**Rosângela Gonçalves da Costa**

Egressa do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional do Instituto de Doenças Tropicais Natan Portella – Secretaria de Estado da Saúde do Piauí.

**Samara Marques de Assunção Nogueira**

Egressa do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí.

**Sergio Munck Machado (organizador)**

Estatístico, mestre em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, professor e pesquisador do Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz.

**Teresinha de Jesus Andrade Alves Araujo**

Egressa do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde – Secretaria de Estado da Saúde do Piauí.

**Wanderson dos Santos Aguiar**

Egresso do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional da Prefeitura Municipal Alvorada do Gurgueia - Bom Jesus, Piauí.

**Weidson de Carvalho Lima**

Egresso do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, profissional da Secretaria Municipal de Saúde – Oeiras, Piauí.

# Sumário

Prefácio | 13

Apresentação | 15

Introdução | 17

## PARTE I: EIXO PROCESSOS FORMATIVOS EM SAÚDE

- 27 **A formação de trabalhadores técnicos em Saúde no Brasil contemporâneo: impasses e desafios**  
Marcela Alejandra Pronko

## PARTE II: EIXO GESTÃO DE DOCUMENTOS EM SAÚDE

- 41 **A conformação da informação na Gestão de Documentos em Saúde**  
Fernanda Martins, José Mauro da Conceição Pinto e Sergio Munck
- 61 **Gestão de Documentos no Hospital Infantil Lucídio Portela em Teresina**  
Francilde Jeane Soares Lima Malheiros, Francisca Claudia de Oliveira Fortaleza, Leidiane Lopes de Carvalho, Marcus Vinícius Siqueira de Azevedo, Maria Helena Lima Miranda e Raquel dos Reis Coelho
- 73 **Diagnóstico documental do CAPSi de Teresina**  
Jailson Castro de Sousa, Pedro Isaac Soares Carvalho, Rosangela Gonçalves da Costa, Teresinha de Jesus Andrade Alves Araujo, Wanderson dos Santos Aguiar
- 85 **Gestão documental comparativa entre o Hospital da Polícia Militar e o Hospital de Urgência de Teresina**  
Dielsianny de Oliveira Gomes Macedo, Dielson Castro Silva, Erika Barbosa dos Santos e Erivan Ribeiro Lima

### PARTE III: EIXO INFORMAÇÕES EM SAÚDE

- 111** **O uso da Informação em Saúde: algumas possibilidades**  
Bianca Borges da Silva Leandro, Flavio Astolpho Vieira Souto Rezende  
e Marcia Fernandes Soares
- 127** **Análise da regulação do acesso à internação hospitalar no Estado do Piauí**  
Eleyne Deyannys de Sousa Silva, Francisca Pereira de Sousa, Maraiza Aragão Arrais Araujo, Maria do Socorro Oliveira Guimarães  
e Samara Marques de Assunção Nogueira
- 139** **Boletim epidemiológico das hepatites virais no Estado do Piauí para os profissionais da Rede Pública de Saúde**  
Antônio Januário de Oliveira Junior, José Gabriel Gomes de Oliveira, Lilia Ruth Carvalho Sousa, Marcilene Alves de Castro e Maria Teresa da Silva Ferreira
- 153** **Diagnóstico de saúde: Território do Vale do Canindé - Piauí**  
Andrea de Sousa Vieira Araújo, Edina Maria Pereira Rodrigues, Enos Campos Neto, Íris Lettieri Ribeiro Rocha Nunes, Rita de Cássia Amorim Mota dos Santos  
e Weidson de Carvalho Lima

**Considerações finais | 171**

**Anexo | 175**

## Prefácio

Constituir-se como instituição de presença nacional exige da Fundação Oswaldo Cruz uma compreensão global da realidade do país e, ao mesmo tempo, um olhar particularizado para as necessidades regionais, suas instituições, suas fortalezas e vulnerabilidades.

Pesquisadores da Fiocruz mantêm parcerias no Piauí há muitos anos, particularmente nas áreas de micoses sistêmicas, paleoparasitologia, biodiversidade da região do sertão e da caatinga, como também na formação de recursos humanos nas áreas de planejamento, saúde pública e medicina tropical.

De um ponto de vista mais orgânico, em 2008, a Fiocruz formulou um plano estratégico de requalificação do seu projeto nacional para as regiões menos desenvolvidas do país, seguindo a estratégia de regionalização do desenvolvimento da C&T em Saúde, com abertura de novas unidades em Mato Grosso do Sul, Rondônia, Piauí, Paraná e Ceará. De acordo com o relatório de atividades da instituição, período 2009 a 2011, a implantação de centros de pesquisa com capacidade de produção científica e tecnológica em saúde nesses estados pretende ampliar a geração de conhecimentos e tecnologias capazes de melhorar as respostas do setor saúde aos problemas regionais da população brasileira e contribuir para o desenvolvimento econômico.

No VI Congresso Interno, realizado em outubro de 2010, a Fundação assume a missão de ser uma instituição pública estratégica de Estado para a saúde e reafirma seu compromisso de “produzir, disseminar e compartilhar conhecimentos e tecnologias voltados para o fortalecimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e que contribuam para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população brasileira, para a redução das desigualdades sociais e para a dinâmica nacional de inovação, tendo a defesa do direito à saúde e da cidadania ampla como valores centrais<sup>1</sup>” (VI CONGRESSO INTERNO DA FIOCRUZ, 2010).

---

<sup>1</sup> VI CONGRESSO INTERNO DA FIOCRUZ, 2010, Rio de Janeiro. A Fiocruz como instituição pública estratégia de Estado para a saúde – Relatório Final, Rio de Janeiro, 2010.

Segundo tais princípios, e com base na premissa de que é necessária a integração com instituições regionais e locais para definir um plano de trabalho, foi constituído em 2011 um Grupo de Trabalho Fiocruz Piauí, composto por representantes da Fiocruz, Secretaria de Estado de Saúde do Piauí (Sesapi), Universidade Federal do Piauí (UFPI) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí (Fapepi). Ao GT coube a tarefa de determinar prioridades de ação, alinhando-se necessidades regionais e expertises da Fiocruz.

O trabalho de prospecção do GT apontou para o papel fundamental das ações de ensino em seus diversos níveis e modalidades. Foram identificadas necessidades prioritárias de formação, particularmente no âmbito de pós-graduação e de qualificação profissional, gerando uma mobilização importante por parte de unidades da Fiocruz, entre elas, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV).

Coube a mim a honra de contribuir para que se conte a estória da Fiocruz no Piauí. E quem conta, o faz a partir de um determinado lugar, destacando aquilo que lhe saltou aos olhos. Ocupando o lugar de coordenadora geral de Educação, considero importantíssimo ressaltar a contribuição da EPSJV para a formação profissional que, no Piauí, se concretizou, em 2016, no Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde.

O compromisso do corpo docente da EPSJV com a redução das desigualdades na área de formação é evidente. Para me referir a tal compromisso, gosto de usar a palavra ‘militância’, entendendo-a como uma prática que busca a transformação da sociedade.

Convido o leitor a percorrer os capítulos deste livro, resultado dos trabalhos de conclusão do curso. Esta iniciativa, bem como os cursos de mestrado e doutorado oferecidos pela Fiocruz no Piauí, demanda grande esforço institucional e pessoal de cada docente e gestor da nossa instituição. O esforço, no entanto, é plenamente recompensado: estamos formando técnicos, docentes, pesquisadores. Estamos contribuindo para uma sociedade menos desigual. Estamos fazendo a coisa certa.

Maria Cristina Rodrigues Guilam  
Coordenadora Geral de Educação da Fiocruz

## Apresentação

Este livro é fruto de vários desafios e lutas. O primeiro deles se refere ao fato de se propor a discutir a educação do técnico em saúde – sendo esta categoria composta por uma miríade de trabalhadores com escolaridades diferenciadas e com processos de trabalho subordinados aos profissionais de nível superior. Tais trabalhadores se constituem na principal força de trabalho de nosso tão estimado Sistema Único de Saúde (SUS) – um sistema conquistado a duras penas, e que precisa de uma luta cotidiana para que se efetive de forma pública, materializando o direito à saúde com qualidade.

O segundo desafio é se voltar aos profissionais da área de Informações e Registros em Saúde que, não raro, têm escassa formação para trabalhar na área ou, quando a tem, muitas vezes, são formações fragmentadas que se dão através de iniciativas isoladas. No entanto, sabemos o quanto é imprescindível o seu trabalho, visto que suas tarefas auxiliam a efetuar o planejamento e o monitoramento que virão a contribuir para a formulação de ações que respondam às reais necessidades da população. Tais tarefas demonstram a complexidade e a responsabilidade do trabalho destes profissionais, explicitando que sua formação não pode se resumir à tecnicidade da área, como meros reprodutores de suas funções. Tais trabalhadores têm o direito de compreender que cada dado, cada informação inserida num sistema é fruto de uma opção política que expressa uma determinada visão de mundo; que tais dados e informações contribuem para o trabalho de tantos outros profissionais – o que despontará num atendimento de maior qualidade para a população brasileira. Buscar, portanto, instituir uma formação integral com estes trabalhadores, que lhes possibilite a apropriação do objeto de seu trabalho, pode contribuir para uma maior valorização de suas tarefas e do lugar que ocupam no SUS.

O terceiro desafio é uma consequência dos desafios anteriores, ou seja, criar formas de romper a invisibilização desses trabalhadores, compreendendo

dendo-os como intelectuais de sua prática. Os trabalhadores técnicos de nível médio refletem sobre seu trabalho cotidiano e, ao adquirirem o direito de conhecerem as bases científicas de seu trabalho, têm a possibilidade de fazer o diálogo profícuo teoria/prática, a fim de constituir uma nova práxis e produzir conhecimento. Assim, nesse livro nos são apresentados os trabalhos de conclusão de curso (TCC) de nossos educandos trabalhadores, fruto de reflexão crítica de seus autores junto aos educadores – demonstrando-nos, como dizia Paulo Freire, que o educador e educando aprendem juntos.

Por fim, e não menos importante, só podemos parabenizar as equipes envolvidas nesse processo educativo: aos educandos e educandas, suas instituições de origem e à Secretaria Estadual de Saúde do Piauí, que reconheceram a relevância e investiram nessa formação – algo não tão fácil frente aos desafios cotidianos dos processos de trabalho. À Escola Técnica de Saúde do Piauí, instituição parceira, que tem missão semelhante à nossa de formar os técnicos em saúde desse país, a fim de contribuirmos para a estruturação do nosso SUS público e de qualidade. Aos meus companheiros e companheiras da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, quem, pautados na busca incessante de um trabalho coletivo, construímos a esperança de superar o individualismo e a competitividade reinante em nossa sociedade. À Fundação Oswaldo Cruz, por consolidarmos um trabalho na perspectiva de um ‘Sistema Fiocruz’, pois compreendemos que para respondermos à complexidade do campo da Saúde e de nosso papel institucional, temos que efetivar nosso papel de instituição do Estado que, através de trabalhos coletivos, consolidam o direito à saúde de qualidade para a população brasileira. Sigamos, portanto, nesse bom combate, e boa leitura a todos e todas!

**Anakeila de Barros Stauffer**

Diretora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Veâncio

## Introdução

O diálogo entre a prática e a formação profissional no cotidiano do trabalho se faz cada vez mais latente em nossa sociedade. Para tanto, os processos educativos devem propiciar que os trabalhadores analisem as demandas internas do seu ambiente laboral de forma mais complexa e não atuem enquanto meros reprodutores de uma determinada função. A prática no serviço de saúde em que este profissional está inserido e as condições de trabalho ali apresentadas são também fundamentais para sua participação orgânica no Sistema de Saúde e para compreensão das complexidades políticas, econômicas e sociais desse Sistema.

Porém, enfrentamos ainda uma grande lacuna na elaboração de processos formativos que visem à integração e ao diálogo problematizador entre trabalho e educação, sobretudo para os profissionais da área de Informações e Registros em Saúde. O campo da informação, neste contexto, constitui-se como uma relação de troca estruturante, promovendo uma interação entre as reais necessidades da população (usuários) e as propostas dos quadros pertencentes aos órgãos de saúde (trabalhadores e gestores). Com os avanços das tecnologias da informação e comunicação (TICs) e sua incorporação no campo da Saúde, gerou-se progressivamente um aumento no número de registros dos dados e na possibilidade de divulgação de informações permanentes e atualizadas.

O processo de produção e disseminação das informações em saúde pressupõe uma perspectiva interdisciplinar que envolve profissionais das áreas de Planejamento, Tecnologia da Informação, Gestão de Documentos, Educação e Comunicação em Saúde, entre outras. Para tanto, é necessária uma qualificação dessa força de trabalho, englobando desde aqueles profissionais com formação de nível superior, como também os técnicos, de níveis médio e fundamental, visando a sua qualificação, tanto para as funções administrativas quanto para a gestão dos serviços. Evitando-se, assim, que os profissionais desta área desenvolvam suas atividades de forma fragmentada e repetitiva, limitando a compreensão dos processos

de produção da informação em sua completude, o que caracterizaria um trabalho mecanicista e alienado.

Os profissionais, dos diversos âmbitos gerenciais e de esferas de governo, necessitam de dados e informações para conhecimento das condições de vida e de adoecimento da população, para que possam efetuar o planejamento, monitoramento e formulações de ações de saúde. Esses dados precisam ser coletados assim que o usuário procura atendimento numa unidade de saúde, ambulatorial ou hospitalar, pois é esperado que, além de uma recepção acolhedora e uma escuta qualificada por parte da equipe, os profissionais que ali trabalham façam perguntas e registros sobre a sua história de saúde e as razões que levaram àquele atendimento. Posteriormente, serão acrescentados, por exemplo, resultados dos exames clínico, laboratorial e de imagem, aos primeiros dados coletados e devidamente registrados em formulários apropriados, o que permitirá aos profissionais envolvidos no atendimento, terem acesso à informação útil. Além disso, dados sobre a gravidade da doença, a ocorrência de infecção hospitalar e a quantidade de complicações decorrentes dos procedimentos realizados, por exemplo, se revestem de fundamental importância para a qualidade e segurança da assistência prestada.

A melhoria da qualidade da informação em saúde pressupõe, portanto, a existência de profissionais, de todos os níveis, atuando de forma integrada, devidamente capacitados nas modalidades de formação, especialização, qualificação ou atualização, valorizados e motivados.

Partindo deste princípio, e com experiência à frente dos processos formativos na área de Informações e Registros em Saúde, o Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Lires/EPSJV), com um compromisso de construir um ensino problematizador e reflexivo do trabalhador-discente, pactuou com a Vice-Presidência de Ensino, Informação e Comunicação da Fiocruz e com as instituições formadoras do Piauí, a realização de um programa de qualificação dos profissionais técnicos da área de Saúde de todo o Estado, sobre o tema das Informações e

Registros em Saúde. A partir de 2013, as parcerias foram se estreitando e o interesse mútuo em realizar, a princípio, um curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, se consolidou em 2015.

Para tanto, fez-se necessário desenhar, além do Plano de Curso, uma proposta que contivesse: etapas e abrangência do programa de formação; modalidade do curso; carga horária; perfil da demanda; estrutura necessária. Para consecução desses objetivos foram realizados alguns eventos: uma visita técnica em dezembro de 2015 – quando alguns docentes do Lires puderam dialogar diretamente com os profissionais da área de Informações e Registros em Saúde do Piauí e se aproximaram um pouco mais da realidade local dos serviços do Estado; uma oficina com os docentes da EPSJV, em abril de 2016, na qual as trocas das experiências e diálogos, previamente estabelecidos, puderam fundamentar os profissionais envolvidos nos processos de construção curricular; e, finalmente, uma oficina realizada em Teresina, em maio do mesmo ano, com todo planejamento que viabilizou a implantação da proposta formativa.

O ‘Curso de Qualificação Profissional em Registros Informações em Saúde para Trabalhadores de Nível Médio do SUS – Turma Piauí’ foi realizado ao longo de um semestre relacionando Saúde-Informação-Registros em Saúde, sendo ministrado pelo corpo docente da EPSJV, em particular do Lires. Com a carga horária dividida entre aulas teórico-práticas, desenvolvimento de atividades referentes ao trabalho online de cada um dos eixos e realização de seminário para a estruturação dos trabalhos de conclusão de curso, totalizou-se 248 horas. Nos intervalos entre os eixos, empregou-se uma ferramenta de educação online, o Ambiente Virtual de Aprendizagem – AVA, construído pelo Núcleo de Tecnologia Educacional da EPSJV, na plataforma Moodle®, no qual foram disponibilizados todos os materiais usados pelos docentes e trabalhos elaborados pelos discentes.

A metodologia aplicada adotou como referência as singularidades das práticas dos trabalhadores da área de Informações e Registros em Saúde, bem como as especificidades do trabalho desenvolvido nas diferentes unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando que os

alunos-trabalhadores possuíam práticas laborais distintas e inserções diferenciadas nos processos de trabalho, a metodologia proposta procurou resgatar essas experiências, estabelecendo relações fundamentais entre ensino/trabalho, de modo que permitisse aos profissionais uma reflexão sobre sua atuação.

O público alvo do Curso de Qualificação foi composto por 31 profissionais do SUS das esferas estadual e municipal do Estado do Piauí, com a escolaridade mínima equivalente ao ensino médio, e cujas atividades utilizavam informações e registros em saúde. O programa do curso foi desenvolvido em aulas presenciais promovendo a interação entre os docentes e discentes, o que foi uma marca característica em todas as semanas de aula, pelas dinâmicas propostas pelos professores e pela intensa e rica participação dos alunos.

Destaca-se assim, um dos pontos-chaves deste processo formativo, as discussões em todas as aulas referentes à troca de experiência vivenciada pelos alunos durante seu período laboral. Advindos de distintas unidades de saúde, de localidades diferenciadas do Piauí, as trocas apresentadas possibilitaram um ambiente frutífero para todos que estavam envolvidos com o Curso.

Poder ter o cruzamento de informação de como os Sistemas de Saúde estão implementados, em funcionamento ou não, de Piri-piri a Oeiras; como a gestão de documento e os métodos diversos de guarda e conservação são empregados em uma unidade de saúde na Parnaíba, em Barras, aliado às contribuições das experiências do corpo docente, fizeram com que os desafios e os avanços da área de Informações e Registros em Saúde fossem analisados em uma visão regional, mas também ampla, fora dos limites geográficos ali apresentados.

O Curso foi estruturado em cinco eixos temáticos (ver plano de curso anexo no fim da publicação), e teve como aula inaugural o tema “Direito à Saúde: histórico, desafios e ameaças”, que procurou contextualizar as questões da saúde brasileira desde o início do século XX, passando pela construção do SUS, seus novos desafios e os riscos que o Sistema Único enfrenta.

No primeiro Eixo, intitulado **Políticas Públicas e Planejamento em Saúde**, abordou-se a trajetória das políticas de saúde até a implantação do SUS, com as Leis Orgânicas da Saúde; a introdução às Políticas de Saúde no Brasil; o balanço da implementação e operacionalização do SUS nos anos 1990 até o início dos anos 2000 e as inflexões políticas a partir dos anos 2000; assim como o planejamento e gestão de processos e o planejamento em Saúde. Foram introduzidos os conceitos básicos sobre informações e registros em saúde, e a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, que discorre sobre a importância estratégica da informação em saúde para o SUS.

No Eixo II, **Organização do processo de trabalho em Registros de Saúde**, foram discutidas a Política Nacional de Humanização em Saúde; a Gestão de Documentos e Arquivos na área da Saúde, abordando os conceitos básicos, os aspectos ético-legais das Informações e Registros em Saúde, bem como Ética e Cidadania. Além disso, foi tematizado o prontuário do paciente, desde a discussão conceitual até a relação com as novas tecnologias de informação e comunicação.

No Eixo III, para **Análise da situação de Saúde**, discutiu-se o processo saúde-doença e a Determinação Social e suas interações com a epidemiologia, estatística e demografia; questões estatístico-demográficas atuais e seus impactos na saúde; a transição demográfica e epidemiológica, do Brasil e do Piauí.

No quarto Eixo, **Sistemas de Informações em Saúde**, foram apresentados os principais Cadastros Nacionais do SUS; os sistemas informatizados, hospitalares e ambulatoriais, preconizados pelo Ministério da Saúde, bem como os sistemas de eventos vitais e vigilância epidemiológica.

No último Eixo, realizou-se um **Seminário para elaboração e apresentação dos Trabalhos de Conclusão de Curso**, no qual os discentes, docentes e orientadores interagiram sobre os conteúdos pesquisados. Em grupo, os alunos selecionaram uma das modalidades de TCC apresentadas pela coordenação, definiram os respectivos objetos de

interesse e escolheram os orientadores locais<sup>2</sup> para auxiliar na construção do trabalho final. Ao todo, foram elaborados seis TCCs abaixo relacionados e que são apresentados neste livro:

1. “Gestão de Documentos no Hospital Infantil Lucídio Portela em Teresina– PI”;
2. “Diagnóstico documental do CAPSi de Teresina-PI”;
3. “Gestão documental comparativa entre o Hospital da Polícia Militar e o Hospital de Urgência de Teresina”;
4. “Análise da regulação do acesso à internação hospitalar no Estado do Piauí”;
5. “Boletim epidemiológico das hepatites virais no Estado do Piauí para os profissionais da Rede Pública de Saúde”;
6. “Diagnóstico de Saúde: Território do Vale do Canindé”.

A coordenação, após a finalização e a certificação dos alunos que concluíram o curso, recuperou a proposta de publicação dos trabalhos de conclusão apresentados. Essa proposta foi iniciada durante a apresentação dos mesmos, em 2016, advinda dos próprios discentes, assim como dos orientadores que participaram desse processo educativo.

Esta publicação, portanto, aborda a concepção adotada das informações e registros em saúde compreendidas a partir de dois enfoques básicos e complementares, a ‘Gestão de Documentos em Saúde’ e os ‘Sistemas de Informações em Saúde’, cujos desdobramentos são os referidos trabalhos de conclusão do Curso de Qualificação Profissional em Registros Informações em Saúde – Turma Piauí. Estes enfoques são apresentados por textos, elaborados por profissionais da área, que compõem capítulos desta obra introduzindo os respectivos TCCs.

O primeiro capítulo, “A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil contemporâneo: impasses e desafios”, dialoga sobre os

---

<sup>2</sup> Orientadores locais, identificados pela Secretaria de Saúde do Piauí e Escritório da Fiocruz-PI: Inácio Pereira Lima (Sesapi), Zenira Martins Silva (Sesapi), Maria de Jesus Dias de Araújo (Sesapi), Francisca Miriana de Araújo Batista (Sesapi), Liana Maria Ibiapina do Monte (Prefeitura de Teresina/FMS), Victor Veríssimo Guimarães (Prefeitura de Teresina), Breno de Oliveira Ferreira (Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão – IFMA) e Jéssica Pereira dos Santos (Fiocruz-PI).

atuais impactos da política de educação brasileira na formação dos trabalhadores de nível médio do SUS, fundamentado na importância do fortalecimento da Educação Profissional em Saúde, e da qualificação desses trabalhadores ante a atual conjuntura.

O segundo capítulo, “A conformação da informação na Gestão de Documentos em Saúde”, refere-se aos aspectos políticos, econômicos e sociais da informação, problematizando sua relação de poder dentro da sociedade e suas estratégias para os movimentos organizados no campo da saúde. Procura aproximar o conceito de informação para a área de saúde, ampliando as possibilidades de controle social, assim como preconizado na construção do SUS. Trata, ainda, dos impactos dos avanços tecnológicos na saúde, refletindo sobre suas contradições, sobretudo no que tange à Gestão de Documentos nos serviços de Saúde, e introduz os três capítulos referentes aos TCCs deste respectivo eixo do Curso.

Quanto ao sexto capítulo, “O uso da Informação em Saúde: algumas possibilidades”, debate o processo do aproveitamento da informação como importante instrumento na priorização das políticas públicas de saúde. Aborda o uso da informação para apoio à Regulação, debruçando-se sobre sua implementação no SUS, para favorecer a análise da situação de saúde, estratégica para proceder a uma ação sanitária em um determinado território, destacando a estruturação de boletins informativos como uma das ferramentas para disseminação de informações aos profissionais e usuários. Apresenta, ainda, os três capítulos relativos aos TCCs do Eixo Informações em Saúde.

Finalmente, deve ser ressaltado que o Curso de Qualificação Profissional que viabilizou este livro teve o apoio imprescindível da equipe da Vice-Presidência de Ensino, Informação e Comunicação da Fiocruz, especificamente da Vice-Presidente Nísia Trindade, Cristina Guilam e Fabio Lamin, que, desde o ano de 2015, apostaram na proposta do Curso, viabilizando as condições para sua realização.

Destaca-se também a parceria da EPSJV com as instituições locais, através dos profissionais da Fiocruz, Regis Gomes (coordenador do

Escritório Regional da Fiocruz-PI); Elaine Nascimento (coordenadora local do Cetris Piauí); e Hérica Amaral (responsável pelo apoio técnico do Escritório Regional). No âmbito estadual, a articulação com a Escola Técnica de Saúde e a Secretaria de Saúde, através de Maria de Jesus Dias (gerente de Desenvolvimento e Qualificação – CEPS/ETSUS/PI – Sesapi) e Inácio Pereira Lima (gerente da Vigilância em Saúde da Sesapi), merece ser ressaltada.

Cabe um agradecimento à equipe de docentes do Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde, participantes também como coautores e colaboradores desta obra, bem como à Clélia de Assis Côrte, responsável pelo apoio técnico do Laboratório. Deve-se mencionar, ainda, a participação da professora convidada, Simone Cristina Ferreira, do Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde da EPSJV, responsável por aulas no Eixo de “Políticas Públicas e Planejamento em Saúde”, e do vice-presidente de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde da Fiocruz, Valcler Rangel, que ministrou a aula inaugural.

Fernanda Martins  
Sergio Munck  
Organizadores

Parte I  
Eixo Processos  
Formativos em Saúde



# A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil contemporâneo: impasses e desafios

Marcela Alejandra Pronko

## A formação do trabalhador invisível

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, ao firmar constitucionalmente que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, colocou a questão da formação dos trabalhadores em saúde como um dos problemas que deveriam ser enfrentados para a efetivação desse direito. Assim, a ordenação da formação dos trabalhadores em saúde também passou a ser responsabilidade do SUS e a definição deste ordenamento, ao longo dos últimos trinta anos, desenvolveu-se a partir de diversas determinações.

Se, historicamente, a própria configuração do processo de trabalho em saúde produziu uma polarização entre a formação do médico (em nível superior) e a formação daqueles que o auxiliavam, notadamente atendentes de enfermagem, a organização sistêmica dos cuidados em saúde, com a hierarquização e integração de níveis de atenção, assim como a progressiva incorporação tecnológica nesses processos, determinou a complexificação e especialização das funções, acarretando a necessidade de uma elevação da escolaridade dos quadros a serem incorporados. Assim, essa formação, que em muitos casos tinha sido desenvolvida com graus variados de formalização, predominantemente no próprio processo de trabalho, foi progressivamente sendo articulada ao sistema educacional, reproduzindo na hierarquização dos níveis de ensino a própria hierarquização do processo de trabalho. Nesse percurso, um conjunto de funções próprias ao funcionamento das instituições de saúde foi incorporando exigências de certificação educacional, gerais e específicas, que hoje modelam a força de trabalho em saúde e constituem um dos elementos centrais no debate sobre sua formação.

Partimos da compreensão que “o trabalho técnico em saúde é (...) aquele realizado pelo conjunto de trabalhadores que exercem atividades técnico-científicas no setor Saúde, desde as atividades dos agentes

comunitários de saúde até a dos tecnólogos de nível superior (...) [sem restringirmos] a noção de técnicos em saúde à escolaridade destes” (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, s/d). Nesse sentido, hoje os trabalhadores técnicos em saúde constituem um extenso e heterogêneo conjunto de trabalhadores responsáveis, em grande medida, pelo funcionamento do sistema, chegando a ser, em termos numéricos, a principal força de trabalho em saúde. Entretanto, ainda se percebe um desconhecimento sobre quem são, o que fazem e onde estão alocados esses trabalhadores, configurando certa invisibilidade da categoria (Documento de Manguinhos sobre a Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul, apud PRONKO e CORBO, 2009, p. 254). Embora sejam trabalhadores que se encontram em maior número nos sistemas de saúde e que estão na linha de frente no atendimento mais direto à população, a falta de reconhecimento profissional, e seu próprio processo formativo, os torna, em boa medida, invisíveis. (PRONKO, 2014, p. 172).

Se essa afirmação é verdadeira para o conjunto dos trabalhadores técnicos em saúde, ela se torna mais dramática para algumas categorias específicas. No caso dos trabalhadores técnicos de Informações e Registros em Saúde, por exemplo, embora eles operem “com informações essenciais e estratégicas para o bom funcionamento dos serviços” de saúde (SOARES et al., 2013, p. 199), verifica-se o “pouco reconhecimento e valorização referente à importância desses trabalhadores” (SOARES et al., 2013, p. 200), o que se traduz na escassa oferta de formação e na ausência de regulamentação para o trabalho que desenvolvem. No caso desses trabalhadores, inseridos no processo de trabalho muitas vezes com vínculos precarizados, o fato de sua formação se realizar através de iniciativas isoladas de algumas instituições públicas, sem constituir um pré-requisito para o desempenho da função, incide sobre a construção da identidade dos mesmos. O que aponta para a “dificuldade de se ver pertencente ao lugar que ocupa, com pouca autonomia, sem apropriação do seu objeto, sem valorização por parte dos gestores e da sociedade” (MARTINS,

SHARAPIN e MUNCK, 2018, p. 3). Dessa forma, o processo de invisibilização se aprofunda e consolida.

A formação técnica em saúde no Brasil começa a tomar corpo nos anos 1980 com o Projeto Larga Escala, que incorpora, ao mesmo tempo, preocupações com a elevação da escolaridade desses trabalhadores e a necessidade de desenvolver uma qualificação técnica adequada “às necessidades operacionais do sistema de saúde” (PEREIRA e RAMOS, 2006, p. 37). É na esteira desse processo que começa a se estruturar o conjunto de instituições públicas que seriam responsáveis por essa formação e que passariam a conformar, anos mais tarde, a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS). A criação da RET-SUS, em 2000, coincide com o lançamento do primeiro grande programa de formação direta massiva de trabalhadores de nível médio em saúde, o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), cujo objetivo inicial era qualificar 225 mil trabalhadores que já atuavam nos serviços como auxiliares de enfermagem. Quase dez anos depois, o desenho de política instituído com o Profae se estendeu para outras categorias de trabalhadores técnicos através do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio em Saúde (Profaps). Assim, a formação inicial dos trabalhadores técnicos em saúde se consolidava como política pública para o SUS sem contestar, entretanto, o fortalecimento de um heterogêneo, mas promissor mercado de formação.

Estudo sobre a evolução da matrícula na educação técnica em saúde no Brasil mostra que, entre 1999 e 2009, verifica-se um crescimento exponencial de instituições formadoras do setor privado. Segundo dados do Censo da Educação Profissional, as matrículas correspondentes às instituições públicas passaram de 30.697, em 1999, para 75.751, em 2009, enquanto que as correspondentes ao setor privado passaram de 51.319, em 1999, para 231.137, em 2009. Ou seja, no setor público, ao longo de uma década, a matrícula duplicou, no setor privado, quintuplicou (VIEIRA et al., 2013, p. 126). Esses dados corroboram, também, tendência apontada anteriormente (PRONKO et al., 2011) no que diz respeito à grande

concentração geográfica da formação (com forte presença na região Sudeste), assim como a preeminência da formação técnica na área de enfermagem, em detrimento de outras formações técnicas.

No que diz respeito ao mercado de trabalho, o crescimento do setor saúde na expansão do emprego, sobretudo no setor serviços, é uma constatação apontada por numerosos autores (MACHADO et al., 2011; DEDECCA e TROVÃO, 2013; VIEIRA et al., 2013). Segundo Dedecca e Trovão (2013), em 2009, existiam em torno de 4,5 milhões de trabalhadores no setor saúde, dos quais pouco mais da metade desempenhavam ocupações típicas de atendimento, principalmente na atenção básica. Este contingente de trabalhadores cresceu de acordo com a expansão da cobertura do SUS, orientada para o atendimento dos segmentos mais pobres da população, embora tenha se dado de forma concomitante à progressiva precarização dos vínculos de trabalho desses trabalhadores e à deterioração das suas condições de trabalho e de remuneração.

Segundo Vieira et al. (2013, p. 136), a partir da década de 1980, “nota-se considerável expansão das ocupações de nível técnico/auxiliar, ao passo que decresce a menos da metade as ocupações de nível elementar no total de postos de trabalho. Percebe-se, assim, um considerável aumento dos níveis de escolaridade da força de trabalho ocupada”. Entretanto, a distribuição da força de trabalho em saúde por nível de escolaridade também se dá de forma desigual entre as regiões brasileiras. Tomando os extremos, a região Sudeste apresenta nas últimas décadas o maior percentual de postos de trabalho de nível superior, enquanto que a região Nordeste, no mesmo período, destaca-se em relação aos postos de nível elementar (VIEIRA et al., 2013, p. 137). Segundo as autoras,

ressalta-se, assim, o processo de constituição do SUS na distribuição dos postos de trabalho dos trabalhadores técnicos em saúde nas últimas décadas, já que mesmo constatando a concomitante expansão do sistema complementar privado nos últimos vinte anos, o setor público ainda constitui um importante mercado de trabalho para as ocupações de nível médio/intermédio (técnico/auxiliar) e principalmente as de nível elementar, aspecto determinante na configuração dessa estrutura ocupacional (VIEIRA et al., 2013, p. 142).

Do ponto de vista das políticas de formação específicas para os trabalhadores técnicos em saúde nos últimos trinta anos, em que pese a existência de massivos programas de formação (como o Profaps) destinados à qualificação e certificação de trabalhadores dos serviços, as políticas de contratação/regulação do trabalho em saúde, sobretudo no nível municipal, têm mostrado um descompasso importante que esteriliza boa parte dos resultados dessas iniciativas. Estudo desenvolvido por Silva (2016), na região metropolitana de Fortaleza, sobre a mobilidade ocupacional dos egressos do Curso Técnico em Enfermagem da Escola de Saúde Pública do Ceará, no período de 2002 a 2012, mostra que expressiva parte dos egressos completa a sua formação de técnicos, mas não é contratada como tal, permanecendo legalmente em ocupações de nível elementar, embora muitos deles passem a desempenhar novas funções sem amparo legal e/ou trabalhista. Esse estudo corrobora outros (BÓGUS et al., 2011; MEDEIROS et al., 2005, por exemplo) que apontam no mesmo sentido, confirmando a histórica desvinculação das políticas de formação e de regulação do trabalho em saúde. A invisibilidade dos trabalhadores técnicos em saúde se manifesta, assim, tanto no plano da formação como da sua inserção no processo de trabalho.

### A demolição de direitos e suas implicações na formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil

Desde os primórdios do SUS, o processo de neoliberalização no Brasil (HARVEY, 2005) implicou uma agenda política determinada, principalmente pelos imperativos de liberalização da economia, desregulamentação financeira e privatização do espaço público. Nesses trinta anos, embora com formatos específicos de acordo com configurações particulares de cada momento histórico, as diretrizes gerais das políticas sociais no Brasil contemporâneo apontaram para o desmonte do SUS e para o aligeiramento e a privatização da educação brasileira. Essas políticas de saúde e de educação, orientadas à demolição de direitos (PEREIRA e PRONKO, 2014), tiveram impactos concretos na formação dos trabalhadores técnicos em saúde.

Do ponto de vista das Políticas de Saúde, desde a sua criação, o SUS desenvolveu-se tolhido por práticas sistemáticas de subfinanciamento, pela privatização crescente das ações e serviços, através de modelos de gestão que promovem a privatização dos espaços públicos, pelo estímulo à chamada ‘saúde suplementar’, pela precarização da sua força de trabalho e pelo redesenho gerencial das prioridades em saúde (BRAVO e MENEZES, 2014). O chamado ‘desmonte do SUS’, que caminha a passos largos no sentido da demolição do direito à saúde, inscrito na Constituição de 1988, desemboca hoje na configuração de

um sistema de saúde com elevada contratação de serviços privados a baixo preço, isenções fiscais a operadoras e seus hospitais próprios e credenciados, gerenciamento de serviços públicos por variados entes e estruturas privadas, e aplicação de políticas focalizadas e restritivas, com o estabelecimento de indicadores e ações relacionados ao modelo da ‘Cobertura Universal de Saúde’, recomendado por agências e organismos internacionais (VIEIRA et al., 2018, p. 14).

Essa configuração coloca em xeque os princípios que orientaram a criação do Sistema Único de Saúde e expõe o conjunto da população brasileira, particularmente os setores populares, a condições que atentam contra os direitos mais fundamentais, como o direito à vida, através da crescente mercantilização do sistema.

Do ponto de vista das políticas educacionais, nos últimos trinta anos, a criação e expansão de mercados de formação foi a tônica que afetou principalmente a educação superior, mas também o ensino técnico e tecnológico, incluindo aí as habilitações técnicas na área da Saúde. Esse crescimento dos chamados ‘provedores privados de educação’ foi concomitante à expansão das matrículas em ambos os níveis de ensino. No entanto, se, muitos trabalhadores alcançaram níveis de formação anteriormente restritivos, sobretudo nas últimas duas décadas, fizeram-no através de formatos institucionais que tomaram a educação como um negócio. Tais formatos reduzem a educação, na maior parte dos casos, a um repasse de conhecimentos instrumentais e aligeirados, diretamente referenciados no mercado de trabalho.

No âmbito do ensino superior, a expansão de um mercado de formação foi promovida através de políticas públicas que resultaram numa vultosa transferência de recursos públicos para o setor privado, via renúncia tributária (Programa Universidade para Todos – Prouni) e pela disponibilização de recursos financeiros para o crédito estudantil (Programa de Crédito Estudantil – Fies), além de uma legislação fraca em termos de regulação das instituições privadas. Esses elementos permitiram a criação do maior mercado de formação na América Latina, atraindo as principais corporações empresariais que atuam no ramo educacional. Basta dizer que hoje, somente dois conglomerados empresariais concentram mais de um milhão e meio de matrículas no ensino superior brasileiro.

Processo semelhante se observa na educação técnica, embora em proporções não tão espetaculares, através de programas como o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego – Pronatec, que fortaleceu principalmente as instituições do chamado Sistema S (COSTA, 2015), assim como a incursão desses conglomerados financeiros no âmbito da chamada ‘educação para o trabalho’. De fato, já destacamos no item anterior o espetacular crescimento das matrículas para a formação de técnicos em saúde correspondentes ao setor privado, configurando um pujante, embora heterogêneo, mercado de formação.

Enquanto isso, as instituições públicas de ensino técnico e tecnológico, que compõem a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, assim como a Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde, sofreram diversas formas de precarização que, a longo prazo, comprometeram sua sustentabilidade. No caso da Rede de Institutos Federais, verificou-se uma expansão da sua estrutura, através de um processo de ‘interiorização’ da sua presença nacional, e de certa ‘flexibilização’ do seu formato pedagógico. Em boa medida, seu crescimento foi sustentado menos com políticas estruturantes e mais com programas a término que acabaram introduzindo uma lógica gerencialista para a instituição, incidindo, entre outras coisas, na gestão do trabalho docente e promovendo a diferenciação da oferta formativa (SALLES e MACEDO, 2015).

No caso das Escolas Técnicas do SUS, a asfixia financeira de estados e municípios contribuiu, de maneira decisiva, para a falta de estruturação e autonomia das mesmas, impedindo-as de se consolidarem institucionalmente. A Política de Educação Permanente em Saúde está cada vez mais baseada no desenvolvimento de capacitações e atualizações tópicas e instrumentais e menos no desenvolvimento da formação de técnicos através do oferecimento de habilitações técnicas específicas para o SUS. No bojo desse processo, esta política tem aumentado as tensões e aprofundado o impasse “entre satisfazer as demandas para a realização de ações de formação dos trabalhadores técnicos em saúde já engajados nos serviços ou contemplar as novas demandas de formação, decorrentes da implantação de novas ações e programas de saúde” (PRONKO et al., 2011, p. 89).

### Desafios em formação

Como já apontamos, historicamente, a formação de trabalhadores técnicos em saúde surge como necessidade da crescente estruturação dos serviços em saúde, iniciando-se como uma formação estreitamente vinculada ao serviço e geralmente realizada nele, sustentada em um alto grau de instrumentalidade (formação orientada pela demanda, enfatizando o caráter técnico-instrumental, com pouca reflexão pedagógica). A complexidade progressiva do trabalho em saúde, configurado como trabalho heterogêneo e hierarquicamente fragmentado, passa a colocar uma crescente exigência de escolarização prévia ou concomitante ao processo formativo específico, favorecendo uma integração cada vez maior desse tipo de formação com o sistema educativo formal. Isto derivou numa dupla regulação para esses trabalhadores: a regulação da formação (geralmente assumida pelos ministérios de educação ou instâncias jurisdicionais equivalentes) e a regulação do trabalho (exercida de forma variável em cada país pelos ministérios de saúde ou instâncias jurisdicionais equivalentes, pelas corporações profissionais, segundo hierarquizações próprias derivadas da conformação dos processos de trabalho, ou por formas mistas de

regulação). Entretanto, esses âmbitos de regulação com lógicas próprias, não necessariamente convergentes, configuram importantes descompasso entre formação e processo de trabalho.

Nas últimas décadas, cada um desses espaços de regulação, que correspondem às políticas públicas de Educação, Trabalho e Saúde, foi afetado, de forma particular em cada caso, por amplos processos de desregulamentação que ‘flexibilizaram’ a formação, a inserção laboral e a própria natureza da atenção em saúde. Às formas historicamente instrumentais de formação de trabalhadores técnicos em saúde sobrepôs-se, contemporaneamente, em um plano mais geral, um encurtamento do horizonte de formação, de modo a torná-lo cada vez mais restrito às ‘necessidades’ do mercado de trabalho. Assim, uma nova sociabilidade se calça sobre a anterior, reforçando aqueles aspectos que reduzem a formação do trabalhador técnico em saúde a um ‘saber fazer’, porém um saber fazer quase sem fundamentos científicos e políticos, que encurtam sua capacidade de agir e (con)formam esses trabalhadores nos moldes da ‘empregabilidade’, do ‘empreendedorismo’ e da ‘colaboração’, como novos valores ordenadores da sociedade contemporânea (NEVES, 2006).

Nesse contexto, precisamos recolocar a pergunta a respeito dos objetivos da formação, pois somente a resposta a essa questão poderá nos orientar na definição das estratégias políticas e pedagógicas para enfrentar o contexto adverso que vivemos. Afinal, que trabalhadores formamos para qual sistema de saúde? Que trabalhadores formamos para qual sociedade?

A análise das formas específicas que assume a formação de trabalhadores técnicos em saúde nas últimas décadas, no Brasil, leva-nos a verificar o caráter quase hegemônico de um mercado de formação adaptado ao setor saúde, no qual se observa a predominância de um modelo pedagógico baseado na lógica de produção de competências e promoção de condutas adequadas (PRONKO, 2018), voltado, cada vez mais estreitamente, para o mercado de trabalho, e que se distancia, assim, de uma perspectiva de formação integral desses trabalhadores. Adicionalmente, verificamos que, de uma maneira geral, esse modelo de formação se

distancia também das políticas públicas de saúde na perspectiva de uma atenção integral, na medida em que uma formação de base instrumental e pautada no modelo biomédico serve principalmente aos interesses do modelo hospitalar de atenção, não respondendo às necessidades de saúde da população em seu conjunto.

Na contramão dessa tendência, a construção coletiva de uma perspectiva de formação humana integral continua resultando indispensável no âmbito das lutas populares por uma educação e uma saúde de qualidade para todos. Isso implica, no caso dos atuais e futuros trabalhadores técnicos em saúde, construir processos formativos que propiciem a apropriação não só das técnicas necessárias ao trabalho em saúde, mas também de seus fundamentos científicos e sociais, permitindo o desenvolvimento de um olhar crítico e reflexivo sobre o seu fazer social, sua inserção nos sistemas públicos de saúde e as determinações sociais da sua atuação profissional.

Em tempos de exacerbação do individualismo como valor moral radical e de avanços do conservadorismo nas formas de organização da sociedade brasileira, essa construção não constitui um desafio simples nem imediato, mas compõe o conjunto de horizontes de luta que deveremos enfrentar nos próximos tempos.

## Referências bibliográficas

BÓGUS, C. M. et al. Conhecendo egressos do curso técnico de enfermagem do Profae. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, 2011, p. 945-952.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.) **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

COSTA, F. C. **O Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec) e a educação escolar da classe trabalhadora**. 2015, 140f. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2015.

DEDECCA, C. S.; TROVÃO, C. J. B. M. A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, 2013, p. 1555-1567. Disponível em: <[scielo.br/pdf/csc/v18n6/08.pdf](http://scielo.br/pdf/csc/v18n6/08.pdf)>. Acesso em: 6 maio 2019.

HARVEY, D. **Neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Loyola, 2005.

MACHADO, M. H. et al. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: PIERANTONI, C.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.) **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 2011.

MARTINS, F.; SHARAPIN, M.; MUNCK, S. **Relatório da oficina de trabalho para planejamento do Curso de Qualificação Profissional em Registro e Informações em Saúde (Cetris) 2018**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2018. não publicado.

MEDEIROS, S. M. (Coord.) et al. **Condições de trabalho, riscos ocupacionais e trabalho precarizado: o olhar dos trabalhadores de enfermagem**. Natal, RN: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2005. Pesquisa integrante do plano diretor 2004/2005 ROREHS/MS/OPAS.

NEVES, L. M. W. (Org.). **A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso**. São Paulo: Xamã, 2006.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Observatório dos Técnicos em Saúde. **Trabalho e educação profissional em saúde**. Disponível em <<http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=TrabFormTec>>. Acesso em: 22 set. 2018.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PEREIRA, M. M.; PRONKO, M. (Orgs.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2014.

PRONKO, M. A. A (con)formação de trabalhadores técnicos em saúde nos países do Mercosul: construção de novas sociabilidades? In: LACERDA, A. et al. (Org.) **Democratização e novas formas de sociabilidades em saúde no contexto latino-americano**. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária/ UFPE, 2014, p. 171-180.

PRONKO, M. A. Modelar o comportamento: novas estratégias do Banco Mundial para a educação na periferia do capitalismo. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL MARX ENGELS, 9. **Anais [...]**. Campinas, 2018. Disponível em: <<https://anais9coloquiomarxengels.files.wordpress.com/2018/07/modelar-o-comportamento-novas-estrategias-do-banco-mundial-para-a-educacao-marcela-pronko-epsjv-fiocruz.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2018.

PRONKO, M. A.; CORBO, A. D. (Org.). **A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

PRONKO, M. A. et al. **A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

SALLES, M. e MACEDO, J. Os impactos do Pronatec no trabalho docente: a experiência do IFRJ. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – EDUCERE, 12. **Anais** [...] Curitiba: PUCPR, 2015. Disponível em <[http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/16517\\_7296.pdf](http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/16517_7296.pdf)> Acesso em: 13 maio 2019.

SILVA, P. E. **Estudo da (i)mobilidade ocupacional dos egressos do curso técnico em enfermagem da Escola de Saúde Pública do Ceará**. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2016.

SOARES, M. F. et al. Processo de qualificação de trabalhadores técnicos de Informações e Registros em Saúde. In: MOROSINI, M. V. et al. (Org.). **Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**, Rio de Janeiro: EPSJV, 2013, p.179-205.

VIEIRA, M. et al. Dinâmica da formação técnica e da ocupação de postos de trabalho em saúde: Brasil anos 2000. In: MOROSINI, M. V. et al. (Orgs.). **Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013, p. 121-146.

VIEIRA, F. S. et al. **Políticas sociais e austeridade fiscal: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo**. Rio de Janeiro: Cebes, 2018, 64 p. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2017/11/Austeridade.pdf>> Acesso em: 13 maio 2019.

Parte II  
Eixo Gestão de  
Documentos em Saúde



# A conformação da informação na Gestão de Documentos em Saúde

Fernanda Martins

José Mauro da Conceição Pinto

Sergio Munck

## A informação e os diálogos com a sociedade

A ‘informação’ é uma categoria que por ser inerente a nossa vida gera uma grande complexidade quando se busca tratá-la cientificamente. Em uma rápida pesquisa pelos dicionários a respeito dos significados da palavra ‘informação’, podemos identificar as seguintes definições:

1. Ato ou efeito de informar (-se).
2. Conjunto de conhecimentos acumulados sobre certo tema por meio de pesquisa ou instrução.
3. Explicação ou esclarecimento de um conhecimento, produto ou juízo; comunicação.
4. Notícia trazida ao conhecimento do público pelos meios de comunicação. (MICHAELIS, 2018);

Mas qual será o significado desta palavra tão potente e extremamente difundida em nossas vidas, se analisarmos do ponto de vista político, econômico e social?

Marcos Dantas (2016) apresenta em sua obra “Dialética da informação: uma leitura epistemológica no pensamento de Vieira Pinto e Anthony Wilden”, a seguinte definição sobre informação e sua concepção:

O que vemos ou ouvimos ou sentimos, de algum modo, são as formas da informação, seus sons ou imagens ou outras sensações, que, para nós, fornecem as orientações, os sentidos ou significados necessários à nossa ação no mundo. A informação nos envolve permanentemente, mas parece que não se dá a conhecer exceto por suas imagens sensíveis e imediatas. Em princípio, qualquer aspecto da atividade social humana, seja a produção científica, seja a realização artística, sejam conversas corriqueiras, sejam as tarefas de trabalho, qualquer atividade será entendida como informação nas suas diferentes formas. A expressão “informação” aponta para uma abordagem totalizante das

relações humanas entre si e com seu ambiente social e natural. No entanto, por isso mesmo, a informação não está dada, não se trata de um objeto, no sentido seja vulgar, seja epistemológico (exceto se como objeto de estudo), mas será processo de pôr em forma as configurações possíveis, dado um nível de variedade, num específico contexto e suas circunstâncias. (DANTAS, 2016, p.152, grifo do autor).

Tal análise é ancorada segundo uma ótica em que a Informação é compreendida como um processo derivado de uma formação social integrada entre política, economia, cultura e sociedade, não podendo ser apreciada de maneira apartada dessas esferas estruturantes que constituem a sociedade humana, e sim concretamente, através do processo histórico, transitório, dotado de contradições e confrontos, integrando as relações estabelecidas entre cada campo da nossa sociedade.

Neste capítulo, pretende-se dialogar sobre a inserção da informação em nossa sociedade, suas vinculações e as relações de poder que estabelece, assim como sua articulação ao campo da saúde, seus impactos diante dos avanços tecnológicos e seu desdobramento na Gestão de Documentos.

Para que a nossa espécie conseguisse alcançar a sobrevivência, além da interação com a natureza, foi necessário estabelecer um conjunto de relações entre os seus, ao qual denominamos relações sociais. Para a promoção desta interação externa foi desenvolvido um conjunto de ‘Sistemas de Sinalização’, como aponta Lukács (1966), em sua obra *Estética*, fazendo referência aos estudos elaborados por Ivan Pavlov. Esses sistemas, compreendidos como sinais e linguagens, além de diferenciar os seres humanos dos animais, também representam a forma de o homem se relacionar com o cotidiano, de externar a realidade objetiva, acompanhando a sua própria evolução perante o meio externo.

A linguagem, que pode ser transmitida das formas mais variadas, isto é, através da emissão de um som, um gesto, uma grafia, um desenho, consolida-se como algo estratégico para o ser humano em sua existência. É por meio da ordenação das informações captadas que a humanidade passa a retratar, descrever e refletir o que sente, possibilitando o compartilhamento e a exposição coletiva de suas experiências com os demais.

Em permanente transformação, a sociedade e seu conjunto de fatores constituintes foram se complexificando. A relação do ser com a natureza, assim como as linguagens, seguiu o mesmo caminho. O ser humano, por meio do manuseio das ferramentas, passa a exercer cada vez mais o domínio sobre a natureza, transformando-a, praticando uma força e um poder sobre a mesma. Esse domínio passa a configurar-se também nas relações entre os próprios humanos e os fortalece por semelhanças, identificando-lhes em torno do que é comum, ao estabelecer conectividades e controle sobre si mesmos e da realidade.

Com a emergência da propriedade privada, que ocasiona a divisão dos seres humanos em classes e a exploração, a linguagem, que outrora figurava como construção em torno de uma coletividade essencial para a preservação do indivíduo, passou a ser apropriada também para conferir dominação de uns sobre os outros, sendo empregada como um instrumento a serviço de narrativas particulares. Assim como aponta González de Gómez (2011):

a informação poderia ficar subordinada às formas do poder não informacional, às quais serviria como meio: instrumental, relacionado à manipulação da ação humana por meio de regras e instituições; simbólico, manipulação das ações humanas através de ideias, palavras, imagens (p. 205, grifos do autor).

A informação passa a ser um ponto nevrálgico para o capital, pois sua capacidade de aglutinar dados e conferir conhecimento a coloca como um bem de consumo, adquirindo um teor mercadológico. Ela é entendida como um produto, substancial para a tomada de decisões, deixando de ter somente o simbolismo social, cultural e histórico e valorizando-se, também, como uma identidade dentro do capitalismo informacional, produzindo lucro. Nesse caso, a informação exacerba o seu caráter monopolístico, com restrições ao seu acesso.

Sendo assim, a informação pode ser compreendida como parte estruturante do desenvolvimento humano, imbricada nas relações sociais, não alheia ao jogo de poder que se institui em uma sociedade capitalista e podendo ser usada também de acordo com os interesses de determinados

grupos. O texto “Produção informacional na era do capitalismo neoliberal: uma crítica ética e dialética”, de Bianca Amorim (2017), auxilia no questionamento à construção da visão sobre a neutralidade na produção científica e na compreensão das armadilhas do emprego da informação colocada nesta perspectiva:

ideia da informação como ‘objeto’ neutro, [...], para tornar-se um instrumento de implementação moral do capitalismo financeiro e da globalização neoliberal ao redor do mundo, onde o “bem” é garantido apenas para uma parte privilegiada do todo. (p. 42, grifos do autor).

A neutralidade tende a ser definida como “caráter ou qualidade do que é imparcial; imparcialidade” (MICHAELIS, 2018), porém, não é possível ser imparcial, ou seja, não tomar partido e nem ação quando se tem como prerrogativa a noção de informação como a assumida no presente estudo. Logo, é necessária a contínua crítica às ‘verdades’ expostas como universais, na medida em que as mesmas nada mais são do que um conjunto de orientações pautadas em interesses e distintas visões de mundo.

Nesse debate é possível vislumbrar que, conforme apontado por Amorim (2017), não vivemos em uma dimensão etérea. Assim, não há um espaço neutro. Porém, existe a tentativa do escamoteamento de interesses através da justificativa da neutralidade e as ‘verdades universais’ contribuem neste sentido.

É necessário refletirmos sobre o papel da informação nos contextos atuais e dialogarmos sobre suas abordagens e perspectivas dentro de nossa sociedade, com um alto desenvolvimento e rapidez em suas trocas, não considerando somente o seu caráter mercadológico, mas visando retomar o sentido social entre os seres humanos.

Ao agregar-se esta concepção, passa-se a compreender a Informação como campo estratégico de disputa de poder e da luta política, portanto com um potencial nitidamente transformador. No entanto, ao examinar-se a premissa clássica que afirma explicitamente: “ter informação é deter poder”, verifica-se a sua insuficiência. Há que se saber empregá-la adequadamente, visando interferir na realidade social (MUNCK, 2001).

Afirmar que quien domina la información es el que mejores posibilidades tiene sin decir el resto de la verdad, es cometer un grave error (...). Quienes más adecuadamente actúan en una realidad no son aquellos que poseen mayor información, sino los que utilizan mejor ese insumo, junto con otros, para conocer mejor la realidad y actuar en ella. (MIGLIÓNICO, 1989 apud MUNCK, 2001, p. 11).

## A Informação e seus usos nos serviços de saúde

Com base no debate inicial sobre as definições da Informação e seus aspectos históricos, políticos e sociais propõe-se, a seguir, um debate acerca da complexidade de sua aplicação/ no interior da área da Saúde.

Modificações significativas vêm ocorrendo ao longo do tempo na área de Informações e Registros em Saúde, em grande parte devido à introdução de novos conceitos e dos avanços tecnológicos que exercem forte influência neste, como também em diversos outros campos do conhecimento.

Tendo em vista a abrangência deste campo e a necessidade de sua democratização, considera-se fundamental tanto a existência de registros fidedignos quanto a de informações integradas e descentralizadas. Esse entendimento também pressupõe que as informações produzidas estejam acessíveis em todos os níveis, pois revela igualmente um conteúdo, uma proposta, um ponto de vista (MUNCK, 2001). Portanto, afirma-se que a informação é importante aporte para viabilizar a democratização do conhecimento e, sobretudo, pode tornar-se um campo estratégico de transformação social.

A democratização de nossas sociedades se constrói a partir da democratização das informações, do conhecimento, das ideias, da formulação e debate dos caminhos e dos processos de mudança. Daí a necessidade de muitos e variados centros de produção e disseminação de informações e conhecimentos. (SOUZA, 1991, p. 143).

Desse modo, o dado torna-se relevante, transformando-se em um instrumento de poder que possibilita a atuação da sociedade como formuladora de políticas. Pode-se afirmar, ainda, que a informação necessária

aos níveis federal, estadual e municipal, deve se caracterizar como forma de esclarecimento a respeito das realidades sócio-sanitárias específicas e de operacionalização de ações de saúde (BRASIL, 1994, p. 7).

De acordo com Eduardo (1990), a informação revela-se como recurso essencial em nosso cotidiano, construindo um processo mediante o qual se busca um determinado conhecimento básico, para criação, organização ou reorganização das instituições. Para essa autora, entende-se, usualmente, informação como o significado que se atribui ao dado elaborado por meio de convenções e representações. Baseando-se nessa informação, engendra-se uma decisão a qual, por seu turno, poderá desencadear uma determinada ação (EDUARDO, 1990). De forma genérica, pode-se dizer que a informação é qualquer elaboração privilegiada de ideias que auxilie na redução de incertezas; logo, a boa informação, fidedigna, é imprescindível para o processo de tomada de decisões nos serviços de saúde (MUNCK, 2001).

Depreende-se que a conformação do campo de abrangência das Informações e Registros em Saúde constitui tarefa complexa. De acordo com o conceito de saúde, as condições gerais de vida e trabalho abarcam as informações referentes à alimentação, à moradia, ao saneamento básico, entre outras, e devem ser entendidas e consideradas como informações em saúde (MORAES, 1994).

Diante do exposto, destaca-se ainda a necessidade de garantir acesso às informações em saúde aos movimentos organizados da sociedade e aos usuários dos serviços em geral, pois elas são consideradas estratégicas para a reorganização e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Em consonância com a argumentação anterior, assinala-se que a existência de registros em saúde e bons sistemas de informações, bem estruturados, são importantes para a elaboração de diagnósticos pertinentes para os serviços de saúde (MUNCK, 2001).

Com o advento das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), observa-se uma maior utilização, com agilidade e fidedignidade das informações e registros em saúde, subsidiando a tomada de decisão pelos

profissionais que atuam na gestão ou na atenção. Sendo assim, a informatização é vista, tradicionalmente, como a possibilidade de promover avanços na qualidade dos registros e das informações produzidas no âmbito da saúde.

Por outro lado, a informatização onera financeiramente o SUS, colocando em questão as condições para melhoria do seu funcionamento e gestão. O investimento é elevado, seja para desenvolver sistemas ou garantir a infraestrutura básica para que esta informatização possa se mostrar eficiente, desde o fornecimento de equipamentos, cabeamento de redes, sistema de telefonia, até a qualificação dos trabalhadores-usuários das tecnologias da informação: bases de dados, registros eletrônicos do paciente, sistemas eletrônicos etc. Essas informações podem ser melhor verificadas no Portal da Transparência ([www.portaldatransparencia.gov.br](http://www.portaldatransparencia.gov.br)), bem como nos relatórios da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde – SCTIE/MS.

Uma visão apoiada na lógica de mercado vê a Tecnologia da Informação como vital, e, às vezes, como a única possibilidade para a melhoria da qualidade do serviço prestado ou para a gestão do serviço. A TI é considerada como panaceia para muitos problemas, e isso tem se evidenciado no caso da Saúde no Brasil, pois a alegação dos gastos nessa área traduz-se na agilidade, facilidade, eficiência e segurança da informação. Pode parecer real que estes elementos signifiquem a solução para a maioria das mazelas divulgadas pelos grandes veículos de comunicação, no entanto, isso não se configura no cotidiano. Para demonstrar tal falácia, no Quadro 1, destacamos alguns casos que foram divulgados pela imprensa, trazendo reflexões que desmontam (ou questionam) os argumentos proferidos pela mídia hegemônica – mídia esta privada – na busca pela produção de um determinado tipo de informação.

**Quadro 1**

<b>Caso</b>	<b>Solução do ponto de vista (hegemônico) da TI</b>	<b>Ponderações/Reflexões</b>
1 - “Paciente não consegue comprar remédio, pois a letra do médico não é entendida pelos trabalhadores de várias farmácias”. (TV ANHANGUERA, 27 jul. 2018)	Prontuário ou registro eletrônico	Este problema nem deveria existir uma vez que é um problema ético previsto pelo Código de Ética Médica (capítulo 3, artigo 11).
2 - “Fraudes em órteses e próteses aplicadas em pacientes”. (LUIZ, 01 set. 2016)	As fraudes poderiam ser combatidas ou diminuídas com o uso de sistemas eletrônicos de solicitação de serviços e compras.	Cirurgias desnecessárias, superfaturamento de equipamentos, troca fraudulenta de próteses e uso de material vencido em pacientes, trocando produtos mais caros por mais baratos. Essa ideia esquece que a fraude está baseada em pessoas e não em fluxos mediados por documentos em papel, e nem pelos sistemas por elas utilizados. O fato de ser mediado por máquinas não os torna isento ou impede fraudes e corrupção. Um sistema informatizado se for bem construído, pode inibir ou dificultar fraudes, mas não as impedir. Não há sistemas informatizados perfeitos.
3 - “Remédios são descartados, pois perdem a validade em estoque estadual”. (NUNES, 03 maio 2018)	Sistemas eletrônicos de gestão de estoques.	Além do que foi mencionado acima, observa-se a ineficiência de sistemas informatizados de controle de estoque.
4 - “Filas em hospitais de referência geram demoras no atendimento a procedimentos cirúrgicos”. (BOECKEL, 29 ago. 2018)	Sistemas eletrônicos de marcação de consultas, atendimentos e gerenciamento de prioridades.	

Fonte: elaborado pelos autores.

Atribui-se à Tecnologia da Informação uma capacidade muito maior do que ela pode alcançar, principalmente na área da Saúde, na qual seus defensores consideram que aquilo que se vincula à TI é ‘verdadeiro’ e ‘neutro’. Entretanto, ela não é a única forma de resolver os problemas, uma vez que não há ‘neutralidade’, conforme mencionado anteriormente. Defende-se aqui a gestão de documentos e informações como estratégia colaborativa e complementar para abordar essas questões apresentadas no Quadro 1.

### A Gestão de Documentos, documento analógico e documento digital

Os registros e informações em saúde se materializam ou se formalizam em documentos que necessitam de um suporte material seja ele analógico ou digital: papel, pen drive, hard disk (HD) etc. Entende-se como analógico o documento ou informação em suportes visíveis e palpáveis e, como digital, o documento ou informação não visível, nem palpável, podendo ser acessado somente com o auxílio de um hardware e um software. O que está visível é o suporte, onde os bits que compõem o documento ou a informação estão guardados.

O conceito de documento, segundo o Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística, pode ser compreendido como a “unidade de registro de informações, qualquer que seja o suporte” (BRASIL, 2005, p. 73). Já Duranti e Preston conceituam documento como uma “unidade indivisível de informação constituída por uma mensagem fixada num suporte (registrada) com uma sintaxe estável. Um documento tem forma fixa e conteúdo estável” (DURANTI e PRESTON, 2008, p. 811).

Com base na reflexão realizada, neste texto será abordado o documento arquivístico conceituado como “documento produzido e/ou recebido por uma pessoa física ou jurídica, no decorrer de suas atividades, qualquer que seja o suporte” (BRASIL, 2008, p. 20). Esse documento pode ser analógico ou digital, pois o suporte no qual a informação está registrada é irrelevante para a Arquivologia, independente de ele ser em papel ou com o uso de outra tecnologia. Especificando o documento digital, a Câmara

Técnica de Documentos Eletrônicos (CTDE), em 2008, o definiu como “documento arquivístico codificado em dígitos binários, produzido, tramitado e armazenado por sistema computacional”.

Por que qualificar o documento como arquivístico é importante? Porque ele pressupõe regras específicas para sua produção, tramitação e armazenamento, a fim de garantir suas características principais: unicidade, integridade e autenticidade. Além dessas, deve-se considerar o contexto de produção, a heterogeneidade de seu conteúdo e a multiplicidade da informação nele contida. Por fim, há a necessidade de que cada uma dessas características esteja sempre presente, visto que perder uma delas prejudica o seu conjunto e, conseqüentemente, o caráter arquivístico do documento, cuja principal função é servir de prova das atividades registradas.

Esses elementos primordiais que diferenciam o documento de outros (os bibliográficos e os museográficos), assim como o vínculo arquivístico (inter-relacionamento) existente, precisam ser garantidos e mantidos para que esta qualidade (manter-se arquivístico) seja preservada. Assim sendo, a vinculação entre os documentos precisa ser mais bem compreendida:

esse inter-relacionamento é devido ao fato de que os documentos estabelecem relações no decorrer do andamento das transações e de acordo com suas necessidades. Cada documento está intimamente relacionado ‘com outros tanto dentro quanto fora do grupo no qual está preservado e (...) seu significado depende dessas relações’. As relações entre os documentos, e entre eles e as transações das quais são resultantes, estabelecem o axioma de que um único documento não pode se constituir em testemunho suficiente do curso de fatos e atos passados: os documentos são interdependentes no que toca a seu significado e sua capacidade comprobatória. Em outras palavras, os documentos estão ligados entre si por um elo criado no momento no qual são produzidos ou recebidos, que é determinado pela razão de sua produção e é necessário à sua própria existência, à sua capacidade de cumprir seu objetivo, ao seu significado, confiabilidade e autenticidade. Na verdade, os registros documentais são um conjunto indivisível de relações intelectuais permanentes tanto quanto de documentos. (DURANTI, 1994 apud SOUSA, 2014, p. 19, grifo do autor).

O documento, acima conceituado, é mantido, gerenciado e preservado no arquivo, entendido como o “conjunto de documentos produzidos

e acumulados por uma entidade coletiva, pública ou privada, pessoa ou família, no desempenho de suas atividades, independente da natureza dos suportes” (BRASIL, 2005, p. 27). Outra definição que complementa e explicita esse conceito é a seguinte:

Acervos compostos por informações orgânicas originais, contidas em documentos registrados em suportes que permitam a gravação eletrônica, mensurável pela sua ordem binária (bits); e produzidos ou recebidos por pessoa física ou jurídica, decorrentes do desenvolvimento de suas atividades, sejam elas de caráter administrativo, técnico ou científico, independentemente de suas idades e valores intrínsecos. (LOPES, 2000, p. 33).

O conceito de Lopes (2000) é interessante, pois rompeu com visões antiquadas e que limitavam a constituição dos arquivos. Quando a informática ainda não era uma ferramenta disseminada e massificada no cenário nacional, os documentos eletrônicos ou digitais não eram vistos como potenciais formadores de arquivo. Um segundo ponto enfatizado é o de que tanto indivíduos, quanto instituições públicas ou privadas produzem arquivos decorrentes de suas atividades, sejam elas quais forem, não somente para as atividades administrativas ou gerenciais, mas também para as atividades técnicas e científicas. Finalmente, destaca-se que a idade dos documentos não é importante para que constituam um arquivo, nem tão pouco o tempo em que foram guardados nas instituições.

Para dar essa garantia, a Arquivologia desenvolveu a Gestão de Documentos, que, segundo a Lei nº 8.159/1991 é definida como: “o conjunto de procedimentos e operações técnicas referentes à sua produção, tramitação, uso, avaliação e arquivamento em fase corrente e intermediária, visando a sua eliminação ou recolhimento para guarda permanente”. (BRASIL, 1991, artigo 3).

Para a padronização da Gestão de Documentos no território nacional, o Conselho Nacional de Arquivos (Conarq) aprovou a Resolução nº 14/2001, que dispõe sobre o *Código de Classificação de Documentos de Arquivo para a Administração Pública: Atividades-Meio*, a ser adotado como modelo para os arquivos correntes dos órgãos e entidades integrantes do Sistema

Nacional de Arquivos (Sinar). Além disso, esta resolução define os prazos de guarda e a destinação de documentos estabelecidos na *Tabela Básica de Temporalidade e Destinação de Documentos de Arquivos Relativos as Atividades-Meio da Administração Pública*. (BRASIL, 2001)

Portanto, para que um programa de Gestão de Documentos possa ser implantado é necessária a aplicação dos instrumentos de classificação e avaliação, que devem ser aprovados externamente ao órgão que os emprega, dependendo de sua esfera de atuação. Assim sendo, em cada esfera de governo deve haver uma instituição arquivística regente do sistema de arquivos. No caso do executivo federal, essa instituição que coordena a Gestão de Documentos é o Arquivo Nacional.

Nesse contexto, deve-se tratar dos acervos e arquivos produzidos pelas instituições de saúde. Inicialmente, ressalta-se que este termo passou a ser adotado em 2010, pela Câmara Setorial de Arquivos de Instituições de Saúde (CSAIS) do Conarq. Para esta Câmara, o arquivo deve ser responsável pela gestão e preservação dos prontuários. Dessa forma, o termo ‘arquivos de instituições de saúde’ passa a abranger os acervos produzidos por consultórios médicos e odontológicos, laboratórios de análises clínicas e outros vinculados à saúde da população, unidades básicas de saúde, centros de saúde e hospitais (especializados ou não) da esfera pública ou privada. Não esquecendo os núcleos centrais: o Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais.

Em todos os casos, encontramos os registros e informações sobre os atendimentos prestados, os administrativos, os contábeis, os financeiros, os cadastros profissionais. Para a Arquivologia, respeitando o que diz a definição de Gestão de Documentos, as instituições de saúde deveriam ter seus arquivos organizados de acordo com o ciclo de vida dos documentos e/ou informações. Deste modo, deveríamos encontrar, minimamente, arquivos correntes organizados, tantos quanto fossem necessários (relativos aos departamentos, setores, áreas etc.) e o arquivo intermediário que receberia os acervos produzidos pela instituição, após o fim da atividade geradora do documento. Tendo em vista que a fase permanente é uma atribuição

dos arquivos públicos, as instituições de saúde não precisariam constituir arquivos para receber acervos nesta fase. O quadro abaixo relaciona os documentos e o arquivo correspondente, de acordo com o ciclo de vida.

**Quadro 2**

<b>Idades dos documentos/ informações</b>	<b>Arquivo</b>	<b>Situação dos documentos/informações</b>
<b>1ª Idade</b>	Arquivo Corrente	Documentos / informações vigentes, frequentemente consultados.
<b>2ª Idade</b>	Arquivo Intermediário e/ou Arquivo Central	Final de vigência; documentos / informações que aguardam prazos longos de prescrição ou precaução; Raramente consultados; Aguardando a destinação final: eliminação ou guarda permanente.
<b>3ª Idade</b>	Arquivo Permanente	Documentos / informações que perderam a vigência administrativa, porém são providos de valor secundário ou histórico-cultural.

Fonte: adaptado de BERNARDES, 1998.

No caso dos consultórios particulares, aqueles ligados a médicos, psicólogos, nutricionistas, odontólogos etc., a Gestão de Documentos precisa ser adequada e respeitar esta realidade. Deve-se avaliar também como proceder ao acompanhamento do ciclo de vida dos documentos e a constituição do arquivo nesses ambientes, pois o que o Conarq produziu não tem se mostrado aplicável, uma vez que seu olhar voltou-se para a área pública hospitalar.

Nas instituições de saúde, os registros da assistência prestada podem ser feitos em uma ficha, um formulário, no prontuário do paciente, em papel ou versão eletrônica, pois independente da forma do registro, a Gestão de Documentos deve ser aplicada. O conjunto de documentos e informações produzidos

pelas instituições de saúde é grande, mas aquele para o qual é dada maior importância chama-se prontuário do paciente, cuja definição que usaremos está na Resolução nº 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina:

documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de carácter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (BRASIL, 2002)

Pode-se apontar o prontuário do paciente como um documento arquivístico, mas ele não é o único e nem pode ser privilegiado, seja na sua gestão ou preservação, pois possui vinculações, articulações, com outros documentos. Um exemplo é o caso da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) em que este Formulário possui relação direta com o prontuário e com os registros feitos nele.

Desse modo, não se pode pensar em um arquivo somente para os prontuários dos pacientes ou ter cuidado somente com eles, pois se trata de um dos documentos do arquivo da instituição de saúde. Não se está diminuindo a importância do prontuário do paciente, mas ressaltando que todos os documentos que uma instituição de saúde produz, ao longo de sua existência, são importantes.

## A Gestão de Documentos nos serviços de saúde

Os trabalhos de conclusão de curso (TCCs) elaborados sob o tema da Gestão de Documentos em Saúde e apresentados neste livro, referem-se, principalmente, ao documento essencial na assistência ao paciente: o seu prontuário. Dizem respeito à análise do processo de trabalho no interior dos setores que se responsabilizam por este documento, seja no diagnóstico dos próprios setores, seja na descrição dos fluxos do prontuário durante a assistência prestada ao paciente e na sua guarda e preservação.

Embora sejam envidados esforços para a melhoria dos serviços, os diagnósticos apontados nos TCCs mostram algumas dificuldades nos métodos da Gestão de Documentos nas unidades de saúde analisadas.

Observa-se, em comum, nos TCCs a seguir apresentados, uma das grandes questões enfrentadas na Gestão de Documentos, que não é específica somente da área da Saúde: a produção e o acúmulo de grande quantidade de documentos e informações em arquivo, sem espaço físico e condicionamento adequados para sua guarda e preservação.

Observa-se ainda a predominância de práticas com baixo emprego de tecnologia, que reproduzem as questões sobejamente conhecidas, como por exemplo:

- 1) capacidade física esgotada;
- 2) mobiliário inadequado para o armazenamento do acervo documental e para as atividades dos profissionais.
- 3) sistemas paralelos que não conversam entre si;
- 4) livros de registros que ainda convivem com recentes sistemas informatizados, e que não necessariamente se adequam à realidade local;
- 5) identificação falha nos documentos e, também,
- 6) fragilidades operacionais.

Não se verificou a implementação do ciclo de vida dos documentos no interior do arquivo de prontuários, o que pode comprometer a memória documental, conforme relatos contidos nos trabalhos de conclusão de curso.

O objetivo primordial de facilitar o acesso dos pacientes aos seus respectivos prontuários não é alcançado plenamente, sendo necessária a implementação de formas digitais do registro da assistência prestada, o que também enfrenta resistências dos profissionais de saúde, questão que não é exclusiva dos serviços de saúde tratados nestes TCCs.

Vale a pena relembrar, neste momento, que o prontuário constituiu-se como documento imprescindível, com uma identificação única, para assistência ao paciente e para a área de Informações e Registros em Saúde.

Tanto na versão em papel do prontuário do paciente, que ainda predomina nos serviços de saúde, quanto na versão digital, verificam-se dificuldades no processo de trabalho envolvendo este documento. Com o advento das tecnologias de informação e comunicação, especialmente com

a implantação de registros eletrônicos em saúde, são observados alguns obstáculos na aceitação das mudanças tecnológicas quando da implementação de um novo prontuário, eletrônico/digital, à luz das dificuldades relatadas pelos próprios profissionais de saúde. É o que demonstra uma pesquisa exploratória, realizada por Canêo e Rondina (2014), que selecionou relatos de dez estabelecimentos hospitalares e duas redes municipais de saúde<sup>1</sup> que detinham experiência, seja na implantação ou no uso do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), visando identificar as principais vantagens e dificuldades enfrentadas na utilização do prontuário eletrônico.

Observou-se que a implantação desses prontuários ainda se encontra numa fase inicial em todo o país, com necessidades de elevado investimento financeiro, bem como de uma formação concomitante dos profissionais que operam.

De acordo com esse estudo, alguns dos benefícios na implantação do prontuário eletrônico do paciente referem-se à redução no tempo de atendimento por parte dos profissionais de saúde e a facilidade na consulta de dados nos futuros atendimentos; a melhoria na qualidade dessa atenção e do planejamento e controle hospitalar; o acesso rápido ao histórico dos pacientes, com a eliminação da duplicidade de dados e pedidos de exames e o processamento contínuo e atualizado de dados. Além disso, a integração com outros sistemas de informações otimiza o compartilhamento das informações por diversos profissionais da saúde, auxiliando no processo de tomada de decisão e na efetividade do cuidado. Finalmente, para o setor de registros e informações em saúde, verifica-se a eliminação de espaço físico para arquivamento, uma maior segurança, e sigilo no armazenamento das informações dos pacientes, com conseqüente redução de custos.

---

<sup>1</sup> As doze instituições analisadas foram: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH); Instituto do Coração de São Paulo (InCor); Ambulatório Geral de Pediatria do Hospital São Paulo; Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA); Pronto-Socorro do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt - Joinville (SC); Hospital Universitário Antônio Pedro da UFF; Hospital Adventista Silvestre; Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba; Instituto da Criança do Hospital das Clínicas de São Paulo; Hospital Municipal Dr. Munir Rafful – Volta Redonda (RJ); Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM); e Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação.

As desvantagens, em contrapartida, são consideravelmente menores, com destaque para a resistência dos profissionais de saúde ao uso de sistemas informatizados e o receio de expor suas condutas clínicas, com perda de autonomia. Outras questões relevantes são: a necessidade de investimento inicial em equipamentos, estrutura física das unidades de saúde, aquisição de softwares e capacitação dos profissionais; e a possibilidade de que o uso e acesso indevidos comprometam a confiabilidade e segurança das informações do paciente.

Portanto, os diagnósticos dos TCCs apresentados nos capítulos a seguir observaram o acervo documental e o fluxo dos prontuários dos pacientes, permitindo avaliar a evolução dos registros efetuados acerca da assistência à saúde, bem como a qualidade dos prontuários, incluindo propostas de digitalização dos mesmos, naquelas unidades de saúde de Teresina.

O texto Gestão de documentos no Hospital Infantil Lucídio Portela em Teresina teve como objetivo realizar um diagnóstico do setor de registros e informações em saúde do Hospital Infantil, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde, e propor medidas visando a otimização do processo de trabalho. O TCC Diagnóstico documental do CAPSi de Teresina, procurou vislumbrar a realidade da gestão de arquivos da referida unidade de saúde, apontando a importância das informações analisadas para esta e futuras gestões, no intuito de proporcionar melhorias na qualidade da assistência prestada ao usuário. Finalmente, o trabalho Gestão documental comparativa entre o Hospital da Polícia Militar e o Hospital de Urgência de Teresina, visou detalhar o ‘caminho’ que o prontuário trilha até finalizar sua função administrativa. Foram realizados levantamentos nos dois hospitais da esfera estadual para um melhor conhecimento dos setores, objetivando evidenciar as diferenças entre um hospital que é eletivo e outro de urgência/emergência. Em síntese, os três TCCs procuraram apresentar diagnósticos locais sobre os esforços das unidades de saúde na melhoria das questões relativas à Gestão de Documentos, bem como de suas respectivas equipes de trabalho.

## Referências Bibliográficas

AMORIM, B. R. P. Produção informacional na era do capitalismo neoliberal: uma crítica ética e dialética. **International Review of Information Ethics**, v. 26, p. 39-50. 2017.

BERNARDES, I. P. **Como avaliar documentos de arquivo**. São Paulo: Arquivo do Estado, 1998.

BOECKEL, C. Fila do Into: mais de 19 mil aguardam por consultas e 11,5 mil, por cirurgias, aponta Defensoria. **G1.Globo.com**, Rio de Janeiro, 29 ago. 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2018/08/29/idoso-esperando-cirurgia-no-into-ha-quatro-anos-mais-de-19-mil-aguardam-por-consultas-e-115-mil-esperam-por-operacoes-diz-dpu.ghtml>>. Acesso em: 2 mar. 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). **Resolução CFM nº 1.638/2002**, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm)>. Acesso em: 2 mar. 2019

BRASIL. **Lei nº 8.159**, de 08 de janeiro de 1991. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8159.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8159.htm)>. Acesso em: 2 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Arquivo Nacional. Conselho Nacional de Arquivos (Conarq). **Dicionário brasileiro de terminologia arquivística**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2005. 232p. (Publicações Técnicas, nº 51). Disponível em: <[http://www.arquivonacional.gov.br/images/pdf/Dicion\\_Term\\_Arquiv.pdf](http://www.arquivonacional.gov.br/images/pdf/Dicion_Term_Arquiv.pdf)>. Acesso em: 2 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Arquivo Nacional. Conselho Nacional de Arquivos (Conarq). Câmara Técnica de Documentos Eletrônicos (CTDE). **Glossário Documentos Arquivísticos Digitais**, 2008, p. 20. Disponível em: <[http://conarq.arquivonacional.gov.br/images/ctde/Glossario/2016-CT-DE-Glossario\\_V7\\_public.pdf](http://conarq.arquivonacional.gov.br/images/ctde/Glossario/2016-CT-DE-Glossario_V7_public.pdf)>. Acesso em: 2 mar. 2019

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Arquivo Nacional. Conselho Nacional de Arquivos (Conarq). **Resolução nº 14**, de 24 de outubro de 2001. Disponível em: <<http://conarq.arquivonacional.gov.br/index.php/resolucoes-do-conarq/256-resolucao-n-14-de-24-de-outubro-de-2001>>. Acesso em: 2 mar. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde; Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Uso e disseminação de informações em saúde**: subsídios para elaboração de uma política de Informações em Saúde para o SUS: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994. (Oficina de Trabalho. Rio de Janeiro, 9 a 13 ago. 1993).

CANÊO, P. K.; RONDINA, J. M. Prontuário Eletrônico do Paciente: conhecendo as experiências de sua implantação. **Journal of Health Informatics**, v. 6, n. 2, p. 67-71, abr./jun. 2014.

DANTAS, M. Dialética da informação: uma leitura epistemológica no pensamento de Vieira Pinto e Anthony Wilden (II). **Liinc em Revista**, v. 12, p. 149-165, 2016.

DURANTI, L.; PRESTON, R. **International research on permanent authentic records in electronic systems** (InterPARES 2): experimental, interactive and dynamic records. Italia: ANAI, 2008. 844 p.

EDUARDO, M. B. A Informação em Saúde no processo de tomada de decisão. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 24. n. 4, p. 70-7, ago./out. 1990.

GONZÁLES DE GÓMEZ M. N. Informação, conhecimento e poder: do ponto de vista das relações entre política, economia e linguagem. In: MACIEL, M. L.; ALBAGLI, S. (Org.) **Informação, conhecimento e poder: mudança tecnológica e inovação social**. Rio de Janeiro: Garamond, 2011. p. 183-210.

LOPES, L. C. **A nova arquivística na modernização administrativa**. Rio de Janeiro: [s. n.], 2000. 369 p.

LUIZ, G. ‘Me senti usada’, diz paciente do DF que denunciou máfia de próteses. **G1.globo.com**, Brasília, 1 set. 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/distrito-federal/noticia/2016/09/me-senti-usada-diz-paciente-do-df-que-denunciou-mafia-de-protese.html>>. Acesso em: 3 jun. 2018.

LUKÁCS, G. **Estética**. Tomo I. Barcelona: Edições Grijalbo S.A. 1966.

MICHAELIS: **Dicionário brasileiro da língua portuguesa**. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/informa%C3%A7%C3%A3o/>>. Acesso: 6 ago. 2018.

MORAES, I. H. S. **Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Abrasco, São Paulo, 1994.

MUNCK, S. **Inovações na formação profissional para a área de Registros e Informações em Saúde: desenvolvimento e avaliação do ambiente virtual de aprendizagem “Soft-RIS”**. 2001. Dissertação. (Mestrado em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde)– Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

NUNES, M. Polícia investiga descarte de remédios dentro da validade em lixão de Itaboraí. **Extra.globo.com**, Rio de Janeiro, 03 maio 2018. Disponível em: <<https://extra.globo.com/casos-de-policia/policia-investiga-descarte-de-remedios-dentro-da-validade-em-lixao-de-itaborai-22649220.html>>. Acesso em: 3 ago. 2018.

SOUSA, R. T. B. Alguns apontamentos sobre a classificação de documentos de arquivo. Some notes on the classification of records. **BRAJIS** Brazilian Journal of information science, v. 8, n. 1/2, 2014.

SOUZA, H. de. A Estratégia da Informação. In: Souza, H. **Escritos indignados: democracia x neoliberalismo no Brasil**. Rio de Janeiro: Rio Fundo Ed.; Ibase, 1991. p. 140-144.

TV ANHANGUERA. Médico emite receita ilegível e farmacêuticos não conseguem decifrar. **G1.globo.com**, Tocantins, 27 jul. 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/to/tocantins/noticia/2018/07/27/medico-emite-receita-ilegivel-e-farmaceuticos-nao-conseguem-decifrar.ghtml>>. Acesso em: 3 ago. 2018.

# Gestão de Documentos no Hospital Infantil Lucídio Portela em Teresina

Francilde Jeane Soares Lima Malheiros

Francisca Claudia de Oliveira Fortaleza

Leidiane Lopes de Carvalho

Marcus Vinícius Siqueira de Azevedo

Maria Helena Lima Miranda

Raquel dos Reis Coelho

## **Orientação:**

Jéssica Pereira dos Santos

Breno de Oliveira Ferreira

José Mauro Pinto

## **Apresentação**

O presente estudo teve por objetivo realizar um diagnóstico do setor de registros e informações em saúde do Hospital Infantil Lucídio Portela (HILP), em Teresina, e propor medidas visando a otimização do processo de trabalho.

O HILP é um hospital público com atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Foi fundado em 1986 para abrigar a clínica pediátrica, à época, sediada no Hospital Getúlio Vargas. Para isso, as instalações do antigo Pavilhão de Tuberculosos de Teresina foram reformadas e adaptadas. O HILP é uma unidade de atendimento de nível terciário para a região e recebe somente pacientes referenciados da capital, do interior do Estado do Piauí e de cidades dos estados vizinhos, notadamente dos estados do Maranhão, Tocantins e Pará.

**Figura 1. Fachada do Hospital Infantil Lucídio Portela**



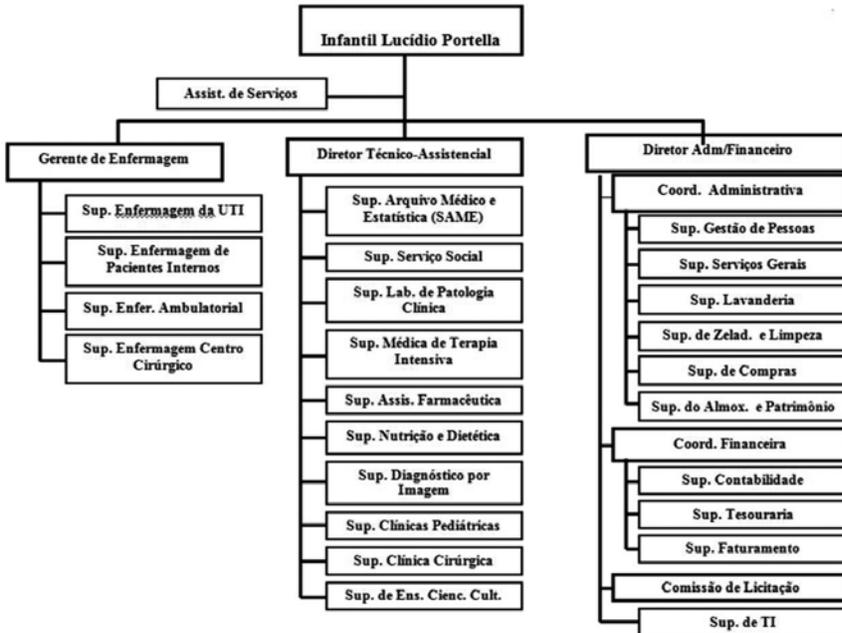
Foto: Marcus Vinícius de Azevedo/2016.

A unidade conta com internação, ambulatório, centro cirúrgico com duas salas de operação e uma de recuperação, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), serviços auxiliares e serviço de diagnóstico e terapêutico. Além disso, é Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (Crie) e possui Programa de Triagem Neonatal, sala de reposição enzimática, e sala de vacina regular. O hospital conta, atualmente, com 77 leitos no total, distribuídos da seguinte maneira: 45 leitos, em 6 enfermarias, destinados a pacientes clínicos; 32 leitos cirúrgicos sendo 6 para neurocirurgia, 4 para a ortopedia pediátrica e 22 dedicados à cirurgia geral pediátrica; 9 leitos de UTI. Há, ainda, um anexo onde estão instalados os serviços administrativos, tais como diretoria geral, diretoria técnica, diretoria administrativa, gerência de enfermagem e outras coordenações.

Em relação à formação dos trabalhadores de saúde, o hospital funciona como campo de estágio para duas instituições públicas de ensino superior e possui dois programas de residência médica reconhecidos pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Residência Médica. A infraestrutura do hospital possui um auditório com 50 lugares, dotado de recursos audiovisuais e acesso à internet, uma sala de aula, um centro de estudos que funciona como catalisador e estimulador para capacitações e pesquisas na área da saúde. No HILP existem, ainda, várias comissões

que auxiliam no gerenciamento e vigilância dos processos de trabalhos: Comissão de Investigação de Óbitos, Comissão de Revisão de Prontuários, Comitê de Ética Médica, Comitê de ética em Pesquisa, Colegiado Gestor, Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Núcleo Interno de Regulação (NIR).

Figura 2. Organograma do Hospital Infantil Lucídio Portela



Fonte: Piauí, 2016.

## Diagnóstico do setor de registros do Hospital Infantil Lucídio Portela

A produção e o registro de informação em um estabelecimento de saúde podem ocorrer em vários setores, perpassando toda a unidade, desde os setores administrativos até a internação. No entanto, o propósito do estudo foi realizar um diagnóstico no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital Infantil Lucídio Portela, observando o

fluxo dos prontuários do paciente desde o primeiro atendimento até a guarda final.

Esse diagnóstico foi realizado durante o período de 30 de setembro a 07 de outubro de 2016 por dois profissionais que compõem o quadro efetivo do local investigado. Para tanto, empregou-se como métodos a observação participante, análise documental e entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores do setor. Foram, também, usados registros fotográficos para realização do estudo.

O setor de registros do HILP conta com um número suficiente de funcionários, entretanto, mal distribuídos. São 23 funcionários, 18 mulheres e 5 homens, trabalhando em regime de 30 horas semanais, com nível médio de escolaridade, que realizam atividades desde o primeiro atendimento ao paciente, passando pela abertura do prontuário, organização e guarda do mesmo. Dentro desta grande gama de tarefas, existe uma divisão de funções, uma vez que 60% destes funcionários realizam atividades relacionadas ao arquivamento, e os outros 40 % efetuam tarefas de abertura de prontuário e registro em livro.

Existe, ainda, uma Comissão de Revisão de Prontuários, composta por membros dos SAME e médicos da unidade, que é encarregada da organização, revisão e encaminhamento do prontuário, após a alta do paciente, para o setor de faturamento, onde o mesmo permanece até o final do processo de cobrança financeira. Em seguida, o prontuário retorna para o arquivo médico.

O setor possui uma infraestrutura básica para execução dos serviços, sendo composto por quatro computadores com impressora e duas mesas, porém a má organização limita algumas atividades, pois existem prontuários espalhados por todos os lugares, prejudicando ações essenciais como o controle de entrada e saída e a separação dos mesmos para o atendimento. Esta última atividade deveria ser realizada previamente, já que os atendimentos são agendados, mas os prontuários não são separados com antecedência.

Figura 3. Organização do setor de registros do Hospital Infantil Lucídio Portela



Foto: Marcus Vinícius de Azevedo / 2016.

Pode-se observar que o setor encontra-se com sua capacidade física esgotada, conforme constata-se nas imagens da Figura 3. As estantes em que os prontuários são armazenados estão extremamente cheias, dificultando a localização e a própria conservação dos documentos. Destaca-se, também, que os prontuários ficam empilhados no chão do setor, o que dificulta a locomoção dos funcionários, podendo gerar acidentes de trabalho. A localização dessa documentação nas estantes também fica comprometida pela falta de identificação nas prateleiras.

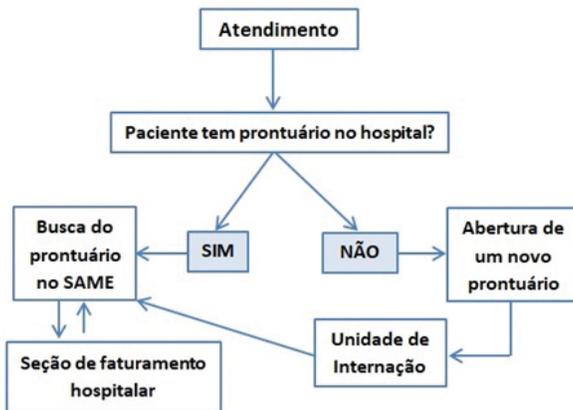
**Figura 4. Disposição dos documentos no setor de registros do Hospital Infantil Lucídio Portela, Teresina – PI**



Foto: Marcus Vinícius de Azevedo/2016.

No HILP, o prontuário é único, centralizado, e segue uma numeração contínua sequencial registrada no livro ata, gerada a partir da entrada do paciente. A solicitação de abertura, se necessária, fica a cargo do profissional médico, pois há casos em que o paciente já tem um prontuário aberto. No momento da abertura do prontuário, o número gerado é repassado ao paciente para que o mesmo possa acessá-lo futuramente. Esse mesmo número é registrado na parte externa da pasta do prontuário, para posterior identificação e localização nas estantes deslizantes onde ficam arquivados na posição vertical.

**Figura 5. Fluxograma do prontuário do paciente do Hospital Infantil Lucídio Portela, Teresina – PI.**



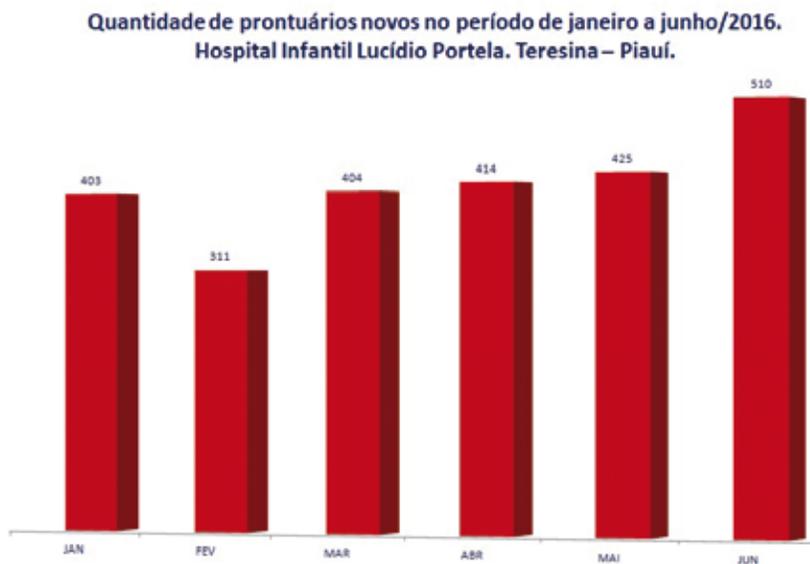
Fonte: Piauí, 2016.

Estado do Piauí, através da Secretaria de Estado da Saúde (Sesapi), adquiriu um sistema de gerenciamento hospitalar (SOUL MV). O sistema tem como objetivo garantir uma melhor metodologia nos processos de atendimento, faturamento, prontuário eletrônico, áreas de apoio, clínica e assistencial, entre outras áreas da unidade hospitalar beneficiada. O sistema será integrado e proporcionará mais agilidade. Nessa perspectiva, a modernização estará em consonância com outros serviços já implantados, a exemplo da Central de Regulação de Leitos Hospitalares. Há, ainda, um contrato com outra empresa (R2 Tecnologia em Gestão Ltda.), cujo objeto trata da digitalização, indexação, armazenamento e disponibilização dos documentos em sistema específico, sem, contudo, especificar o suporte utilizado (MOURA, 2014).

Entretanto, a realidade do serviço ainda não está adequada em função de dificuldades estruturais observadas. O sistema encontra-se em fase de implantação e implementação. Ele gera um número automático para o prontuário do paciente. Porém, na sua implementação, ficou determinado um número de prontuário único para as grandes unidades hospitalares do estado. Desse modo, os pacientes do HILP ficam com dois números de prontuários: o primeiro surge no livro Ata e o segundo é gerado através do sistema SOUL MV. Essa duplicidade vem causando alguns transtornos em certas ocasiões. Além disso, existem vários sistemas paralelos (BPA, CNES e SISAIH) em funcionamento que não conversam entre si, dificultando a realização de tarefas simples como a obtenção de alguns relatórios, uma vez que as informações encontram-se em vários locais.

De acordo com gráfico da Figura 6, entre os meses de janeiro e junho de 2016, o número de prontuários novos aumentou, com média aproximada de 411 novos prontuários por mês no período. Nota-se uma queda acentuada no mês de fevereiro, creditada a menor quantidade de dias úteis em contraste com o aumento no mês de junho, ocorrido em função da realização de mutirões cirúrgicos.

Figura 6. Prontuários novos no período de janeiro a junho de 2016 do Hospital Infantil Lucídio Portela, Teresina – PI.



Fonte: Piauí, 2016.

## Conclusão

Segundo Pinto (2007), de acordo com o documento do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, no contexto da saúde, a incorporação das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) vem contribuir para a melhoria da saúde dos cidadãos, uma vez que qualificam os processos de tomada de decisões (PINTO, 2007). Essas tecnologias proporcionam inovações concernentes aos prontuários dos pacientes – antes em suporte papel e, atualmente, em formato eletrônico, o prontuário eletrônico do paciente.

Nesse contexto, os registros e informações apresentam um instrumento de suma importância para a sociedade em todas as épocas, serve para sua organização e funcionamento, assim como também para o aperfeiçoamento de suas instituições. A anotação (o registro) do prontuário remete à época de Hipócrates, no século V a.C., o qual já tinha

essa preocupação com a qualidade e assistência na melhoria da saúde. No atual contexto percebe-se que o acesso às informações vem aumentando constantemente, surgindo assim a necessidade de registro das informações, bem como de informatizá-las (RONCAGLIO; SZVARÇA; BOJANOSKI, 2004).

Em relação ao HILP, os instrumentos empregados para registro mostraram-se deficientes no que se refere à organização e à comunicação, explicitando pouca operacionalidade e duplicidade de dados. De um lado, um livro de registros gerando dados do paciente de forma tradicional dentro do hospital, e do outro, um sistema informatizado e padronizado, que não tem a capacidade de se adequar à realidade local, pois a organização do hospital não oferece recursos estruturais para a implantação do registro eletrônico.

Dessa forma, percebe-se a necessidade de o Estado colocar em prática uma política de educação permanente em saúde, de maneira a capacitar os trabalhadores na área de Informações e Registros em Saúde. Ademais, é necessário investir em melhorias nos ambientes de trabalho, a fim de diminuir acidentes e doenças ocupacionais.

O arquivo do referido hospital apresenta fragilidades operacionais, como por exemplo: inexistência do ciclo de documentos do arquivo (corrente, intermediário e permanente); condicionamento inadequado; falta de controle de saída e devolução de prontuários; falta de preenchimento e/ou letra ilegível; descumprimento das resoluções arquivísticas, e, por fim, barreiras estruturais e legais que dificultam a implantação de soluções tecnológicas.

Como sugestões para otimizar o processo de trabalho, apresenta-se: a unificação do número do cadastro do prontuário gerado no livro ata com o número criado pelo sistema; criação de comissão especializada em arquivo para organizar e implantar as normas legais de funcionamento estabelecidas pela Resolução nº 22, do Conselho Nacional de Arquivos (Conarq) (BRASIL, 2005); realização de uma auditoria interna; realocação dos prontuários dos pacientes maiores de 15 anos, retirando-os do

arquivo corrente e transferindo-os para o arquivo permanente, segundo a definição de ‘criança e primeira infância’ da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Brasil, 2015), contida no seu artigo 3º, que dispõe sobre os serviços de pediatria no SUS; definição e descrição de processo que padronize o arquivamento e a localização de prontuários e, finalmente, implantação de tabela de temporalidade, conforme a Resolução nº 14 do Conarq (BRASIL, 2001).

## Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Arquivo Nacional. Conselho Nacional de Arquivos Resolução nº 14, de 24 de outubro de 2001. Brasília, DF: Arquivo Nacional, 2001. Disponível em: <<http://conarq.arquivonacional.gov.br/index.php/resolucoes-do-conarq/256-resolucao-n-14-de-24-de-outubro-de-2001>>. Acesso: 24 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Arquivo Nacional. Conselho Nacional de Arquivos. Resolução nº 22, de 30 de junho de 2005. Brasília, DF: Arquivo Nacional, 2005. Disponível em: <<http://conarq.arquivonacional.gov.br/resolucoes-do-conarq/264-resolucao-n-22,-de-30-de-junho-de-2005.html>>. Acesso: 24 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)>. Acesso em: 25 out. 2016.

PINTO, V. B. Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde. *Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação*, Florianópolis, v. 11, n. 21, p. 34-48, nov. 2007. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2006v11n21p34>>. Acesso em: 25 out. 2016.

RONCAGLIO, C.; SZVARÇA, D. R.; BOJANOSKI, S. F. Arquivos, gestão de documentos e informação *Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação*, Florianópolis, v. 9, n. esp. 2, p. 1-13, jan. 2004. ISSN 1518-2924. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2004v9nesp2p1/5486>>. Acesso em: 25 out. 2016.

PIAUI. Secretaria de Estado da Saúde. Hospital Infantil Lucídio Portela. Disponível em: <<http://www.saude.pi.gov.br/paginas/hospital-infantil-lucidio-portela>>. Acesso em: 24 out. 2016.

MOURA, Flávio. Sistema SOUL MV garantirá melhoria na gestão da saúde do Piauí. Teresina, PI: Secretaria de Estado da Saúde, 21 jul. 2014. Disponível em <[www.saude.pi.gov.br/noticias/2014-07-21/5942/sistema-soul-mv-garantira-melhoria-na-gestao-da-saude-do-piaui.html](http://www.saude.pi.gov.br/noticias/2014-07-21/5942/sistema-soul-mv-garantira-melhoria-na-gestao-da-saude-do-piaui.html)>. Acesso em 24 out. 2016



# Diagnóstico documental do CAPSi de Teresina - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil Dr. Martinelli Cavalca

Jailson Castro de Sousa

Pedro Isaac Soares Carvalho

Rosângela Gonçalves da Costa

Teresinha de Jesus Andrade Alves Araujo

Wanderson dos Santos Aguiar

## **Orientação:**

Inácio Pereira Lima

Fernanda Martins

## **Apresentação**

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde mental de caráter aberto, normatizado e pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo é oferecer atendimento prioritariamente às pessoas com transtorno ou sofrimento mental, incluindo os usuários de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2007). Este serviço de saúde tem como proposta terapêutica o acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. Os CAPS assumem papel estratégico no que se refere à atenção em saúde mental e vêm sendo implantados no Brasil a partir do final da década de 1980. Desde então, outros Centros de Atenção Psicossocial foram implantados em vários municípios do país e consolidaram-se como instrumentos estratégicos para o contexto das políticas públicas em saúde mental (BRASIL, 2015).

Os CAPS são constituídos por equipes multiprofissionais que visam prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; e promover a inserção social dos usuários através de ações que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas

de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, como, por exemplo, na Estratégia de Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que usam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2002).

Atualmente, os CAPS são regidos pela Portaria nº 336 (BRASIL, 2002), que estabelece as modalidades de acordo com a população:

#### **Quadro 1. Modalidades de Caps segundo população**

CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes.
CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes.
CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes.
CAPSi – municípios com população acima de 200.000 habitantes.
CAPSad – municípios com população acima de 100.000 habitantes.

Fonte: BRASIL (2002)

Devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à demanda específica, sendo capaz de oferecer um ambiente acolhedor e estruturado, contendo, no mínimo, os seguintes recursos físicos:

- consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias);
- salas para atividades grupais;
- espaço de convivência;
- oficinas;
- refeitório (os CAPS devem ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade);
- sanitários; e
- área externa para oficinas, recreação e esportes.

Além disso, necessita de uma equipe mínima constituída por um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível universitário, quatro profissionais de nível médio.

Dentro das modalidades supracitadas no Quadro I, o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) de Teresina é especializado no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona durante os cinco dias úteis da semana, e tem capacidade para realizar acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês.

Constatou-se que em Teresina há somente uma unidade de CAPSi que atende a toda demanda do estado, cuja população infanto-juvenil (até 18 anos), de acordo com o IBGE, no ano de 2012, era de 1.085.953 habitantes, divulgada no site do DATASUS (2012). Por ser o único Centro de Atenção com essa especificidade, assume demanda além da suportada, causando dificuldade no acompanhamento dos pacientes e um impacto na qualidade de produção dos serviços oferecidos e informações geradas.

Considerando a elevada quantidade de atendimento, tendo como consequência um rápido crescimento do conjunto documental do CAPSi Teresina e com base na vivência dos alunos e suas experiências no ambiente de trabalho, o presente estudo propõe-se estruturar um breve diagnóstico do acervo documental da instituição, bem como propor sugestões de melhorias.

## A estrutura do CAPSi Teresina

Com a chegada do primeiro psiquiatra piauiense, o doutor Carlos Alberto Soares, iniciou-se o serviço de Atenção Psicossocial ao público infanto-juvenil no ambulatório do Hospital Areolino de Abreu. Desde então, as atividades de assistência a este público, tiveram avanços com a inauguração do Hospital Dia Martinelli Cavalca, em 1997, funcionando em uma área contígua ao Hospital Areolino de Abreu, mas estruturalmente independente desta instituição (ROSA; BASTOS; COSTA; 2008). Em cumprimento à Portaria nº 336/2002, o serviço foi transformado em Centro de Atenção Psicossocial, em 2005.

A sede própria do CAPSi foi inaugurada em setembro de 2015, localizada no bairro Buenos Aires, na capital Teresina. Funciona de segunda a sexta, nos turnos manhã e tarde, de 08 às 18 horas e são atendidos em média 22 pacientes/dia por uma equipe multiprofissional.

Sua estrutura física contempla: salas de recepção, acolhimento, arquivos, atividades em grupo, enfermagem, reunião multiprofissional, guarda de medicamentos, refeitório, dormitórios feminino e masculino, e dois consultórios para atendimento individual. Possui ainda uma quadra de futsal para as atividades de esporte e lazer, um campo de futebol e um espaço coberto para atividades em grupo.

### Considerações sobre a gestão, produção e organização documental do CAPSi de Teresina

Os registros e o avanço das tecnologias da informação representam um indicador das mudanças do contexto das políticas públicas em saúde, além de ser instrumento legal e ético dos profissionais e para o próprio paciente (HANNAN et al., 2009). Porém, como lidar com a massa documental produzida pelos profissionais de saúde no atendimento ao usuário, com uma produção de documentos que cresce rapidamente, exigindo uma administração eficiente e organizada? Sendo assim, o diagnóstico documental possibilita indicar a qualidade, avaliar e sugerir o aprimoramento dos registros e a qualidade do serviço prestado ao paciente (SILVA, 2008).

O primeiro contato do paciente com o CAPSi ocorre com o serviço de recepção, logo em seguida com o setor de acolhimento, que é realizado por um profissional de nível superior, identificando a queixa e avaliando se a situação se enquadra no perfil de atendimento do CAPSi ou de outro serviço da rede de assistência. Para os pacientes que permanecem no centro de atendimento é realizada a abertura do prontuário de forma única e centralizada na recepção, onde é feito o registro no computador de algumas de suas informações (dados pessoais, endereço, cartão do SUS etc.). Logo após o registro, gera-se um número que é anotado na capa do prontuário. Em seguida, é feito o agendamento das consultas multiprofissionais e o mesmo

é encaminhado para o setor de arquivo. Este arquivo pode ser acessado a qualquer momento no atendimento do paciente.

A estrutura do prontuário do CAPSi é constituída por: ficha de anamnese inicial, termo de responsabilidade, ficha de encaminhamento, avaliação médica, avaliação de enfermagem, evolução terapêutica e Projeto Terapêutico Singular (PTS), projeto de cunho individual no qual são desenvolvidas ações e atendimentos específicos apresentados a partir das demandas do usuário, de caráter multiprofissional.

Os prontuários adotados até o momento são confeccionados em papel e organizados em arquivamento com identificação alfanumérica, em estante aberta, não existindo nenhum método de controle dentro ou fora do arquivo, quer seja por papel, quer seja informatizado. O acesso aos prontuários não é restrito, pois qualquer funcionário pode consultá-los.

Na Resolução nº 1.638/02, o Conselho Federal de Medicina (2002) conceitua prontuário como:

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

O setor de arquivo do CAPSi é dotado de seis estantes em aço para guarda dos prontuários, uma mesa grande para facilitar o manuseio dos mesmos, uma mesa e dois armários pequenos para material de expediente, um armário grande de madeira para guardar as fichas em branco e o livro ata, duas cadeiras de escritório, um computador para registro de informações e outro que está ocioso.

Segundo Paes (2005), arquivo é um lugar destinado à guarda de documentos e outros títulos. Esta guarda é importante para que sejam preservadas as informações criadas tanto pelo indivíduo como pelas instituições. Na Gestão de Documentos de qualquer instituição de saúde torna-se necessário o processamento das informações sobre seus pacientes de forma individualizada.

O CAPSi adota duas fases distintas de conservação documental: acervo corrente e intermediário, porém não possui arquivo permanente. A Lei nº 8.159, de 08/01/1991, atribui a seguinte denominação aos documentos públicos:

Art. 8º - Os documentos públicos são identificados como correntes, intermediários e permanentes.

§ 1º - Consideram-se documentos correntes aqueles em curso ou que, mesmo sem movimentação, constituam objeto de consultas frequentes.

§ 2º - Consideram-se documentos intermediários aqueles que, não sendo de uso corrente nos órgãos produtores, por razões de interesse administrativo, aguardam a sua eliminação ou recolhimento para guarda permanente.

§ 3º - Consideram-se permanentes os conjuntos de documentos de valor histórico, probatório e informativo, que devem ser definitivamente preservados. (BRASIL, 1991)

Observou-se que alguns documentos (prontuários, receita, folha de ponto etc.) se misturam com outros ou ficam localizados em locais inadequados à sua função, como, por exemplo, prontuários espalhados em salas diversas, documentos administrativos sobre mesas, receitas de pacientes em algumas gavetas, e livro de registro de ocorrência em salas de depósitos, armazenados inadequadamente.

A equipe de trabalho do CAPSi é composta por dois médicos psiquiatras atendendo durante a tarde, três enfermeiros à tarde e um pela manhã, uma assistente social para cada turno, uma psicóloga em cada turno, um educador físico na parte da manhã, duas técnicas em enfermagem em cada turno, dois auxiliares administrativos pela manhã e um durante a tarde e uma artesã pela manhã. Contempla-se assim a quantidade mínima exigida pela Portaria 336 (BRASIL, 2002), porém verifica-se uma má distribuição dos profissionais nos turnos da semana. Os profissionais responsáveis pela busca e arquivamento dos prontuários são: dois auxiliares administrativos no turno da manhã e um durante a tarde, e dois técnicos de enfermagem, um em cada turno. Estes profissionais não possuem a qualificação na área de arquivos.

O prontuário eletrônico pode ser uma ferramenta que auxilia na gestão de toda informação clínica e administrativa da instituição, possibilitando a melhoria da qualidade dos serviços prestados a seus pacientes. Além disso, integra a equipe de saúde, reduz custo e tenta armazenar os dados de forma mais coesa, facilitando seu acesso e proporcionando uma continuidade do tratamento prestado por toda equipe.

O Ministério da Saúde, ao estabelecer a Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, condiciona repasse financeiro à adoção de prontuário eletrônico (BRASIL, 2011). Em outubro de 2016, o Ministério, em ato administrativo, estabeleceu prazo máximo de 60 dias para que todos os estabelecimentos de saúde adotem o prontuário eletrônico (BERALDO, 2016), como medida voltada para melhor controle e modernização de processo de registro de dados e informação em saúde.

Os dados relativos aos pacientes atendidos no CAPSi são registrados na ficha de acolhimento mediante uma entrevista com escuta qualificada realizada com o usuário e/ou seu responsável legal. O processamento dos dados em informação é feito por um técnico de informática por meio do Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde – Psicossocial (RAAS- PSI).

O CAPSi usava a Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) que foi substituída pelo RAAS no Piauí desde 2013, passando a instituir nova lógica de registro da atenção realizada pelo CAPS, que propõe procedimentos potencialmente mais sensíveis às diretrizes de funcionamento deste serviço (BRASIL, 2012).

De acordo com Ministério da Saúde, o RAAS vem qualificar as informações relativas aos atendimentos realizados nos CAPS, visando à necessidade de informar no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) os procedimentos resultantes de ações de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas. No entanto, esta forma de processamento se restringe a atender exigências de produção para fins de faturamento, sem oferecer informações epidemiológicas sobre a qualificação dos atendimentos. Outra lacuna identificada é a inexistência de coerência entre os registros em pron-

tuários com o faturamento processado, conforme demonstrado na série histórica constante na Tabela 1.

**Frequência de registros apresentados pelo Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) de Teresina-Piauí, segundo município de residência do paciente, 2012 a 2016**

<b>Município de Residência - Piauí</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
220010 Agricolândia	0	2	1	0	0
220020 Água Branca	0	1	1	0	0
220030 Alto Longá	0	2	3	2	0
220040 Altos	0	21	49	39	18
220060 Angical do Piauí	0	1	0	0	0
220070 Anísio de Abreu	0	1	0	0	0
220117 Barra D'Alcântara	0	0	1	0	0
220120 Barras	0	2	4	6	2
220140 Barro Duro	0	5	6	3	2
220160 Beneditinos	0	10	11	4	2
220177 Boa Hora	0	0	3	1	0
220198 Brejo do Piauí	0	0	0	2	0
220200 Buriti dos Lopes	0	0	0	4	0
220205 Cabeceiras do Piauí	0	1	4	4	1
220220 Campo Maior	0	3	13	4	4
220260 Castelo do Piauí	0	0	4	9	0
220271 Cocal de Telha	0	1	0	0	0
220273 Coivaras	0	0	5	7	1
220330 Demerval Lobão	0	18	15	17	4
220350 Elesbão Veloso	0	5	7	5	0
220360 Eliseu Martins	0	0	4	0	0
220370 Esperantina	0	0	3	1	0
220550 José de Freitas	0	2	8	13	1
220551 Juazeiro do Piauí	0	0	2	0	0
220555 Lagoa Alegre	0	1	4	3	0
220558 Lagoa do Piauí	0	3	9	3	4
220554 Lagoinha do Piauí	0	0	1	3	0
220590 Manoel Emídio	0	2	5	3	0
220620 Miguel Alves	0	3	3	1	0
220672 Nazária	0	0	5	11	16
220675 Nossa Senhora de Nazaré	0	3	4	2	0

220695 Novo Santo Antônio	0	0	1	0	0
220710 Olho D'Água do Piauí	0	2	3	3	1
220750 Palmeirais	0	2	7	5	2
220775 Passagem Franca do Piauí	0	0	2	3	0
220790 Pedro II	0	0	5	0	0
220800 Picos	0	0	0	1	0
220830 Piracuruca	0	0	1	3	0
220840 Piripiri	0	4	0	4	0
220850 Porto	0	1	6	3	0
220915 Santa Cruz dos Milagres	0	0	1	2	0
220960 São Félix do Piauí	0	1	2	0	0
220990 São João da Serra	0	1	0	0	0
221050 São Pedro do Piauí	0	1	0	0	0
221065 Sigefredo Pacheco	0	0	2	0	0
221100 Teresina	15606	955	2306	1711	1833
221110 União	0	2	10	6	1
221120 Uruçuí	116	0	0	0	0
221130 Valença do Piauí	0	1	0	0	0
221140 Várzea Grande	0	0	0	0	1

Fonte: Tabwin do Banco de Dados do SIA SUS

Os dados demonstrados na Tabela 1 revelam elementos importantes para o processo de gestão, ao expressar os municípios com crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais que foram atendidas pelo CAPSi. Por outro lado, os dados expressam também a precarização e vulnerabilidade do sistema de registros de saúde, principalmente no município de Teresina no ano de 2012, ao apresentar quantitativos completamente diferentes dos registrados nos anos subsequentes.

## Conclusão

Em vista dos argumentos apresentados, evidencia-se a importância do CAPSi, pois este oferece serviço de natureza pública para toda região, fortalecendo as políticas públicas de saúde preconizadas pelo SUS.

A análise da situação encontrada demonstra que o CAPSi Teresina está com capacidade funcional estrangulada, impactando sobrecarga de

trabalho e comprometimento da memória documental. Pode-se apontar que o serviço de registro de dados e informações em uso é pouco estruturado e vulnerável, não promovendo os subsídios necessários para a tomada de decisões nem contribuindo com a equipe de profissionais, com as informações para aprimoramento e/ou redirecionamento da atenção prestada. Apresenta ainda insuficiência no controle dos registros e faturamento dos serviços produzidos. Há necessidade de adotar o prontuário eletrônico, como forma de evitar risco de perdas ou até mesmo danos, bem como de zelar pela preservação da memória documental e a otimização do processo de trabalho.

Espera-se, por meio deste diagnóstico, vislumbrar a realidade da gestão de arquivos e mostrar a importância destas informações, no intuito de proporcionar melhorias na qualidade da atenção prestada ao usuário, que no cenário atual clama por melhoria na saúde de modo geral.

## Referências Bibliográficas

BRASIL. **Lei n. 8159, de 8 de janeiro de 1991**. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências. Brasília, DF, 1991. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8159.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8159.htm)>. Acesso em: 24 out. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS-336**. Estabelece normas para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)>. Acesso em: 24 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS-2488**. Estabelece a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em 24 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS-854/SAS**. Altera e cria novos procedimentos para os centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854\\_22\\_08\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html)>. Acesso em 24 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: relatório de gestão 2003-2006**: Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília, DF: Ministério

da Saúde, jan. 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_gestao\\_saude\\_mental\\_2003-2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf)> Acesso em: 24 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios:** orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS de UA. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros\\_atencao\\_psicossocial\\_unidades\\_acolhimento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf)> Acesso: 25 out. 2016.

BERALDO, N. Ministro da Saúde reforça prazo para municípios adotarem o prontuário eletrônico. **Agência Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 21 out. 2016. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/26106-ministro-da-saude-reforca-prazo-para-municipios-adotarem-o-prontuario-eletronico>>. Acesso em: 25 out. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.638, de 10 de julho de 2002.** Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuário nas instituições de saúde. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2002. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638\\_2002.html](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.html)>. Acesso em: 19 out. 2016.

DATASUS: Departamento de Informática do SUS. **População residente:** Piauí até 18 anos. 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popPI.def>>. Acesso em: 19 out. 2016.

HANNAN, K. J.; BALL J. M.; EDWARDS, J. A. M.. **Introdução à informática em enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

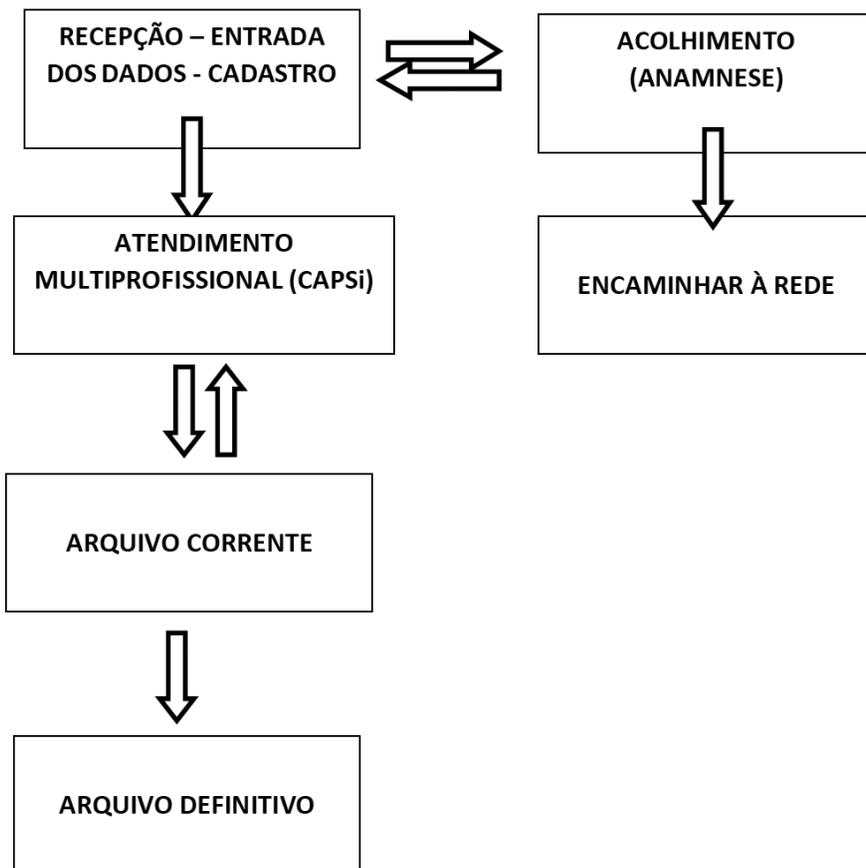
PAES, M. L. **Arquivo: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

ROSA, L. C. S.; BASTOS, R. C. S.; COSTA, M. E. . **Reconstruindo experiências no Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil Martinelli Cavalca.** Teresina: EDUFPI, 2008.

SILVA, T. C. F. **Gestão de documentos em arquivo hospitalar.** Monografia. (Graduação em Biblioteconomia)- Universidade Federal do Rio Grande do Norte: Natal, 2008.

## Anexo

### Fluxo do prontuário



# Gestão documental comparativa entre o Hospital da Polícia Militar e o Hospital de Urgência de Teresina

Dielsianny de Oliveira Gomes Macedo

Dielson Castro Silva

Erika Barbosa dos Santos

Erivan Ribeiro Lima

## **Orientação:**

Zenira Martins Silva

Fernanda Martins

## **Apresentação**

Este estudo tem como objetivo descrever o caminho que o prontuário percorre em dois hospitais públicos do município de Teresina: o Hospital de Urgência de Teresina Prof. Zenon Rocha (HUT) e o Hospital Dirceu Arcoverde da Polícia Militar do Piauí (HPM).

O HUT apresenta um grande número de prontuários. O Serviço de Atendimento Médico e Estatística (Same) é o setor responsável pelo arquivamento de todos os prontuários do hospital. Em oito anos de existência foram realizados mais de 610 mil atendimentos, com tempo médio de internação de cinco dias por paciente. Com base nesses dados, tem-se a noção do tamanho do espaço físico necessário para o armazenamento de todos os prontuários.

Da entrada do paciente na recepção, passando pelos consultórios, laboratórios, serviço de radiologia, até a internação e alta do paciente, é produzido um conjunto de documentos específicos para cada paciente, originando dois tipos de documentos: o boletim de entrada (BE), preenchido quando o paciente permanece menos de 24 horas no HUT; e o

prontuário, propriamente dito, que é aberto para os pacientes internados além das 24 horas.

O Hospital Dirceu Arcoverde da Polícia Militar do Piauí possui uma quantidade menor de prontuários comparado ao HUT. Não sendo um hospital de urgência, tem um atendimento regulado, recebendo pacientes agendados pelo sistema Gestor Saúde ou pela Central de Regulação do Estado. No HPM trabalha-se com dois tipos de arquivos distintos, o Same e o arquivo técnico, cujas definições serão apresentadas mais adiante. A quantidade de prontuários ambulatoriais existentes no arquivo do Same é 50 mil e a do Arquivo Técnico é 100 mil, e toda documentação está inserida na plataforma de gestão hospitalar, o SOUL/MV.

### Hospital de Urgência de Teresina – HUT

O HUT é um órgão público subordinado à Fundação Hospitalar de Teresina (FHT), entidade administrativa que está vinculada ao município da capital do estado do Piauí. Inaugurado em maio de 2008 com a função de Urgência/Emergência, é o hospital de referência para traumas e outras diversas especialidades. Trata-se do único hospital ‘porta aberta’ para pacientes de média e alta complexidade, atendendo aqueles não só da capital como também de todo o interior do estado, parte do Maranhão, Tocantins, Pará e Ceará.

A capacidade instalada, desde a inauguração até dezembro de 2015, era de 264 leitos, sendo 26 destinados à Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Em janeiro de 2016, a capacidade foi ampliada para 368 leitos, com 42 de UTI. É importante frisar que desde a sua inauguração o HUT sempre atendeu acima da capacidade, fazendo com que a qualidade desse atendimento algumas vezes ficasse prejudicada.

Desde o início de seu funcionamento até setembro de 2016, a unidade de estatística do hospital registrou mais de 612 mil atendimentos, que geraram internação ou não. No período de 2012 a 2016, foram realizadas mais de 105 mil cirurgias, sendo uma média de 1.150 por mês, das quais 50% são ortopédicas, visto que é um hospital de referência nessa área.

O setor de radiologia, de 2010 a 2016, fez quase 740 mil exames de imagens, dentre eles: radiografias, tomografias e ultrassonografias. E o setor de laboratório de análises clínicas fez em torno de 1.100 exames laboratoriais/dia.

No que tange à estrutura decisória, o HUT conta com quatro órgãos superiores: Diretoria Geral, Diretoria Técnica, Diretoria de Enfermagem e Diretoria Administrativo-Financeiro – organograma (Anexo I). O art. 5º do Regulamento Interno do HUT-2015 explica essa organização:

A Diretoria-Geral, a Diretoria Técnica, a Diretoria de Enfermagem e a Diretoria Administrativo-Financeira do HUT são órgãos públicos de direção e controle dos assuntos de sua atribuição específica, sempre sujeitas à subordinação e ao controle hierárquico de uma chefia superior com função normativa e deliberativa, estando a Diretoria-Geral sujeita à Presidência da FHT e as demais diretorias sujeitas à Diretoria-Geral. (HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA, 2015).

Uma das atribuições da Diretoria Geral é “coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas através da Diretoria Técnica, Diretoria Administrativo-Financeira e Diretoria de Enfermagem, objetivando a eficiência e a eficácia da organização”, de acordo com o Regulamento Interno (HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA, 2015).

A Diretoria Administrativo-Financeiro (DAF) tem como uma das suas atribuições, de acordo com o art. 175, do mesmo Regulamento: “manter integração com as diversas repartições, visando melhorar as condições e o ambiente de trabalho e acolhendo ideias e sugestões adequadas ao desenvolvimento de estratégias que proporcionem melhores condições para o atendimento dos pacientes”.

O Same do HUT é o setor responsável pelo arquivamento dos prontuários, que fica subordinado à DAF/FHT. Algumas das atribuições do Same podem ser verificadas abaixo, conforme o Regulamento Interno, no art. 180 (HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA, 2015):

I- planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas ao Serviço de Arquivo, Serviço de Estatística e Serviço de Registro Geral;

II- cadastrar, identificar e arquivar, através do número do prontuário, os dados do paciente e materiais perfuro cortantes em caixas de arquivos;

III- conservar o arquivo paralelo (ou ‘arquivo morto’) destinado à conservação de prontuários inativos ou de pacientes falecidos;

IV- ordenar, conferir e controlar os prontuários médicos, zelando pela clareza e exatidão de todos os formulários que os compõem;

V- fazer o controle de entrada e saída dos prontuários, informar dados e orientar o público e as autoridades legais dentro dos limites previstos no ordenamento jurídico e demais regulamentos;

A Unidade de Estatística é o setor que está subordinado ao Same, responsável pela análise dos dados do hospital, e entre algumas de suas atribuições estão:

I- expedir relatórios mensais e anuais dos dados relativos aos registros do movimento médico-hospitalar;

II- demonstrar os principais motivos de procura de atendimento;

III- receber e conferir o censo diário, bem como calcular a taxa de ocupação do HUT através desse censo, observando os pacientes existentes, os transferidos, os de alta, os evadidos e os óbitos;

IV- visitar o Hall do Hospital para saber o quantitativo de pacientes em observação;

(...)

XI- prestar assistência ao corpo clínico, fornecendo dados e informações necessárias à pesquisa médica e à realização de trabalhos científicos;

XII- encaminhar mensalmente à Diretoria-Geral relatório das atividades desenvolvidas pelo serviço.

O Parágrafo Único do art. 95 do Regulamento explica que “os documentos médico-hospitalares devem ser organizados para prestar serviços ao paciente, ao corpo clínico, à administração do hospital e à sociedade, respeitando-se o sigilo profissional”. A cópia do prontuário é garantida pelo hospital como descreve o art. 102:

Art. 102. A instituição fornecerá cópia de parte ou de todo o prontuário, inclusive de laudos, bem como suas radiografias ou tomografias, se solicitada pelo paciente, seu representante legal ou por meio do consentimento destes por escrito; mas o paciente não levará nem guardará o prontuário original consigo.

Parágrafo único. Quando se tratar de solicitação da cópia de prontuário de paciente ainda internado, esta poderá ser fornecida a qualquer momento, corroborada com as exigências deste Regulamento.

I – Em casos de remoção do doente para outros estabelecimentos, justifica-se a cessão ao paciente, e legitimados, de radiografias e tomografias, desde que estas tenham laudos, a fim de evitar-lhe a repetição do exame radiológico com decorrente submissão a nova carga de raios-X e outros transtornos.

Caso o usuário ou seu responsável legal solicite uma cópia de seus documentos médico-hospitalares, deverá apresentar:

I- cartão de protocolo;

II- documento oficial com foto do paciente; caso não a tenha, cópia da certidão de nascimento;

III- cópia da carteira de identidade do pai ou da mãe;

IV- cópia da carteira de identidade do cônjuge e certidão de casamento; caso seja união estável, certidão judicial ou documento que a comprove;

V- cópia da procuração com firma reconhecida e da identidade do procurador.

Parágrafo único. O terceiro, para receber o prontuário, necessita de procuração com firma reconhecida do paciente, para respectiva autuação procedimental.

Os prazos para recebimento de cópias de prontuários são estabelecidos nos artigos 114 e 115 do Regulamento:

Art. 114. O prazo mínimo para entrega das cópias de prontuários e demais expedientes será de 30 a 120 dias corridos, a partir da data da alta hospitalar, a receber em dias úteis no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME.

Art. 115. Em atendimento ao Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), ao Código de Defesa da Criança e Adolescente (Lei nº 8.069/1990) e

demais agraciados pela Lei nº 10.048/2000, o prazo para entrega do prontuário será de 30 a 80 dias corridos; se for Boletim de Entrada, de 30 a 90 dias, quando possível.

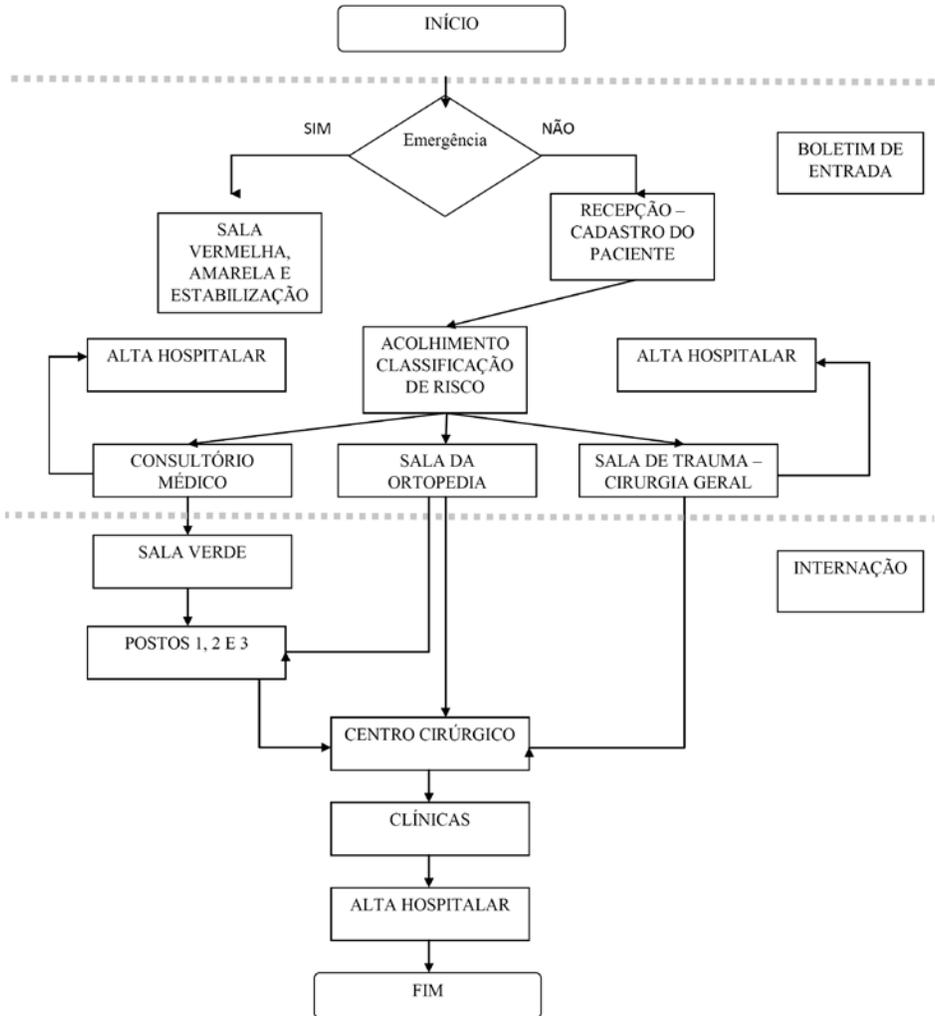
É importante detalhar o fluxo de atendimento do hospital, pois o prontuário segue essa sequência e todas as informações geradas nesses setores vão constituir o prontuário do paciente.

O estado de saúde do paciente ao acessar o hospital definirá o seu encaminhamento. No primeiro fluxo, o BE é feito assim que o paciente acessa a recepção. Em seguida, é realizado o acolhimento e a classificação de risco, com base na qual o paciente é encaminhado ao atendimento específico, que poderá ser no consultório médico, sala de ortopedia e/ou sala de trauma da cirurgia geral. No segundo fluxo, o paciente é imediatamente conduzido às salas de emergência, e o BE é feito após o atendimento e a classificação de risco.

A Sala Verde do HUT é a sala onde ficam os pacientes em observação, com menor gravidade e que podem receber alta com menos de 24 horas. Caso não receba alta, o paciente poderá ser internado, sendo conduzido ao centro cirúrgico ou a algum posto de atendimento. O Posto 1 é responsável por receber os pacientes das especialidades ortopédicas, neurológicas, buco-maxilo-facial e vascular. O Posto 2 recebe pacientes clínicos e o Posto 3 recebe os pacientes da nefrologia, cardiologia, urologia, oftalmologia e otorrinolaringologia. Caso passem pelo centro cirúrgico, os pacientes são encaminhados às clínicas para darem continuidade ao tratamento, sendo elas as clínicas Cirúrgica, Ortopédica, Neurológica e Pediátrica. A Clínica Médica funciona como retaguarda da UTI, além de receber pacientes das salas de emergência e do Posto 2.

Toda a documentação gerada durante esse fluxo é armazenada no prontuário do paciente. O fluxograma abaixo representa esse processo.

### Fluxo de atendimento



Os BEs que não geram internação são recolhidos no dia posterior e enviados ao faturamento, onde ficam arquivados até serem resolvidas todas as pendências mensais. Resolvidas essas pendências, os mesmos são enviados à Central do Sistema Único de Saúde (SUS) para uma auditoria. Em média, o HUT atende 6 mil pacientes/mês, sendo que 4 mil não ficam internados, e essa quantidade de BE vai para auditoria no Conselho de

Gestores das Unidades, Serviços e Prestadores de Serviços ao Sistema Único de Saúde (CGSUS).

O tempo de retorno desses documentos da CGSUS-HUT fica em torno de 90 dias, e somente quando retorna é possível fornecer a cópia desses BEs. Caso algum paciente solicite o referido boletim antes do retorno da CGSUS, a DAF/HUT entra em contato com o corpo clínico para saber todos os procedimentos aos quais o paciente foi submetido no hospital.

Após 90 dias, esses BEs chegam da CGSUS para o Same para serem organizados e arquivados em caixas onde se faz a separação por letras e por mês.

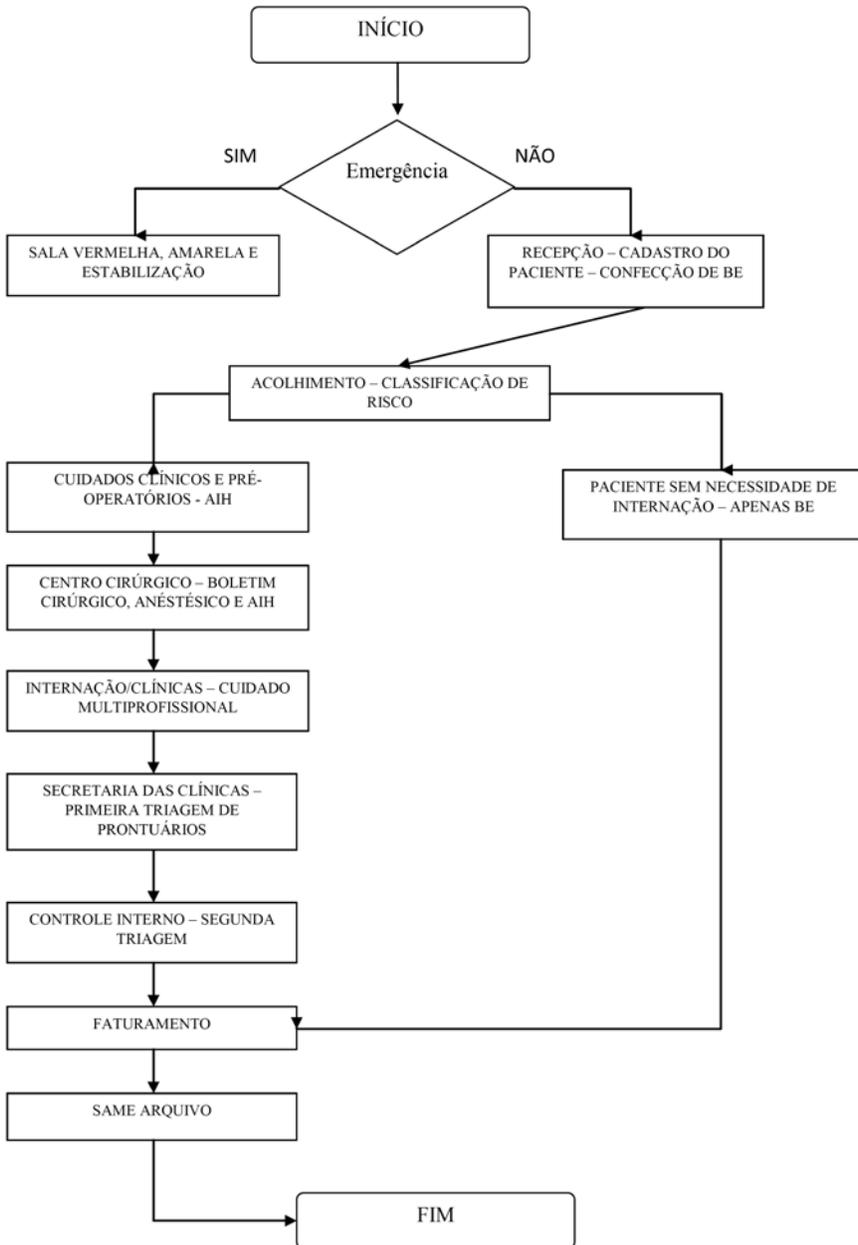
**Foto 1. BE e prontuários sendo organizados no SAME**



Foto: Eika Santos/2016

Na foto 1, os BEs (documentos brancos) que acabaram de retornar da CGSUS estão sendo organizados para serem colocados em caixas identificadas por letras e mês/ano, um trabalho minucioso e bem cansativo para os poucos funcionários do setor, que é formado por nove pessoas, sendo uma gerente, um chefe, quatro auxiliares administrativos, dois técnicos de arquivo e um copista.

### Fluxo de prontuário e boletim de entrada



O prontuário do paciente é constituído por formulários iniciais que contêm as seguintes informações: descrições da entrada com os dados pessoais, motivo da internação, estado de saúde ao chegar etc. Com a evolução no atendimento, são adicionados novos formulários contendo as prescrições médicas, solicitações de exames, laudos, relatórios de operação e relatório de alta.

O prontuário segue o fluxo de atendimento do paciente e após a alta, o documento é encaminhado para as secretarias das clínicas onde será organizado, com o intuito de agilizar o serviço de faturamento hospitalar. Após essa etapa, o prontuário vai para o controle interno do hospital, no qual são verificados possíveis problemas que não foram resolvidos na etapa anterior. Dessa forma, o prontuário estará pronto para ser faturado, e segue depois para arquivamento no Same.

O Same possui cerca de 160m<sup>2</sup> para armazenamento da documentação e no período 2012/2016 disponibilizou cerca de 30 mil cópias de prontuários, uma média de 630 por mês, autenticadas com carimbo de ‘Conforme o Original’ e assinadas pelos servidores do setor. O HUT possui controle sistemático das solicitações de cópias de prontuários.

Foto 2. Setor de Same



Foto: Erika Santos/2016

Os equipamentos e mobiliário que compõem o setor são: quatro computadores, nove mesas, uma longarina, dez cadeiras, três máquinas copiadoras, um armário e diversas estantes de metal, onde os prontuários são guardados em caixas coloridas.

O Regulamento do HUT refere-se à temporalidade dos prontuários no seu Art. 120:

Os prontuários em suporte de papel ficarão arquivados no hospital pelo prazo de 10 (dez) anos, contados a partir da data do último registro de atendimento ao paciente. As radiografias, por até 05 (cinco) anos, se o paciente e seus legitimados não as requisitarem, devendo ser arquivada no hospital uma cópia do laudo dessas radiografias.

Art. 121. Findos os prazos a que se refere o artigo anterior, os prontuários e as radiografias serão registrados em documento próprio, não sendo permitida a sua eliminação até a definição de sua destinação final e análise da Comissão de Revisão de Prontuário.

**Foto 3. Arquivamento no setor de Same**



Foto: Erika Santos/2016

Destaca-se ainda que foi utilizado no hospital o sistema Datamed para registro dos dados do paciente. No entanto, alguns procedimentos, tais como, relatório de operação, prescrição médica, medicação usada e descrições da evolução dos pacientes, são realizados de forma manual.

## Hospital da Polícia Militar do Piauí – HPM

O Hospital Dirceu Arcoverde, também denominado como Hospital da Polícia Militar do Piauí (HPM), é um órgão de apoio à saúde que passou a integrar o SUS, em 1992<sup>1</sup> nas esferas federal, estadual e municipal, destinando-se à assistência médica, odontológica, farmacêutica, sanitária, e outros serviços de atenção à saúde.

Compete ao HPM prestar serviços de atendimento ambulatorial, odontológico, internações, exames laboratoriais, serviços de diagnóstico por imagem (radiologia, ultrassonografia, eletrocardiograma, endoscopia), assistência social hospitalar, fisioterapia, assistência psicológica hospitalar e outros estabelecidos pela política estadual de saúde (HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ, 2009). A estrutura orgânica do hospital pode ser verificada no organograma (anexo II), incluído no seu regimento interno.

O HPM é um hospital de referência em ortopedia do Piauí, de média complexidade, integrando a rede de urgências da regulação do estado e considerado hospital de retaguarda das urgências ortopédicas. Além disso, recebe pacientes referenciados de todos os municípios, que necessitam de cirurgias e tratamentos clínicos na complexidade em que atua.

O HPM recebe pacientes eletivos com consultas agendadas pelo Gestor Saúde, oriundos da capital e do interior do estado, viabilizando assim a realização de todos os exames e cirurgias necessárias para o seu tratamento. São realizadas, em média, 2.200 consultas, 1.500 exames, 800 cirurgias e 1.200 internações mensalmente (destas, 300 são oriundas da Regulação do Estado), conforme relatório de estatística, confeccionado pelo setor de processamento de dados. Segundo dados registrados no setor de hotelaria, tendo como base o mapa de internação, o HPM possui 99 leitos, sendo 26 para a regulação do estado, 15 para HUT e 58 para cirurgias eletivas.

O prontuário do paciente é um importante conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinados a registrar todas as infor-

---

<sup>1</sup> Maiores informações ver: <http://www.hpm.pi.gov.br/index.php/sobre.html>

mações referentes aos cuidados médicos prestados ao paciente. Tem um valor imensurável para a instituição, para o próprio paciente, para os membros da equipe de saúde e é de grande utilidade para o ensino e pesquisa. Esse prontuário deve receber um tratamento diferenciado, ou seja, ser mais bem elaborado e manuseado com extremo cuidado, zelando-se pela integridade dos seus dados, sendo um instrumento legal que comprova o atendimento prestado ao usuário e possibilita uma análise acurada dos fatos ocorridos, servindo como documento de uso jurídico.

No HPM do Piauí a abertura e o arquivamento dos prontuários são feitos em dois setores: Same (prontuários ambulatoriais) e Admissão (prontuários de internação). O Same fica responsável pelos prontuários ambulatoriais, por fornecer e organizar os mesmos, viabilizando as atividades diárias de todas as especialidades médicas, tendo um arquivo próprio. E a Admissão se responsabiliza pela confecção dos prontuários de internação, sendo que estes são arquivados no arquivo técnico.

O Same localiza-se na entrada do hospital, e é composto por sete funcionários. O horário de funcionamento é de 6h30 às 17h. O serviço de recepção conta com profissionais treinados para melhor acolhimento ao usuário. Para o desenvolvimento das atividades, o serviço conta também com cinco computadores.

A responsabilidade do Same é identificada no Art. 49 do regimento interno do HPM (HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ, 2009):

Art. 49. Ao Gerente do Serviço de Atendimento Médico e Estatístico, além das atribuições normais previstas em leis e regulamentos, compete:

I – estabelecer e fazer cumprir o fluxo da documentação médica no hospital;

II – propor a atualização de impressos, formulários e modelos médico-assistenciais;

III – supervisionar e avaliar a produção de dados estatísticos e dos indicadores de desempenho hospitalares, desde o levantamento do censo diário;

IV – supervisionar a manutenção, a guarda, a conservação e a circulação dos prontuários no hospital;

V – avaliar sistematicamente o desempenho da assistência médico-hospitalar, através dos indicadores hospitalares, confrontando com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e, em caso de variações, analisá-los, identificando as causas e propondo medidas corretivas;

VI – zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

VII – elaborar relatório anual referente às suas atividades;

VIII – outras tarefas correlatas.

Os prontuários são arquivados por números sequenciais, dentro de caixas plásticas, empilhadas em prateleiras abertas. O Same abriga em seus arquivos aproximadamente 50 mil prontuários, manuseando cerca de 200 prontuários por dia, que são disponibilizados para consultas ambulatoriais.

Foto 4. Arquivo no setor de Same do HPM



Foto: Erivan Lima/2016

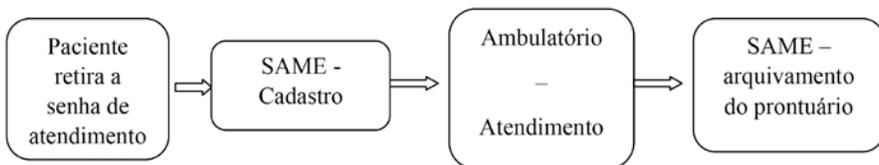
O serviço de atendimento aos pacientes é todo informatizado, as senhas são retiradas em um totem, que é controlado pelo sistema SOUL/MV.

Esse sistema é responsável por gerar senha e o número do prontuário ao cadastrar o usuário. Quando um paciente comparece a uma consulta, o atendimento inicia-se na retirada da senha para o Same. O funcionário realiza a chamada da senha e essa é visualizada através do painel eletrônico localizado na recepção.

O cadastro do paciente é efetuado no sistema, com todos os dados gerando o número do prontuário. Esse documento é eletrônico, mas é realizada a impressão do mesmo, sendo inserido em pasta aberta. O paciente recebe o prontuário e dirige-se ao ambulatório no primeiro andar. Quando o prontuário é aberto, ele aparece no sistema do ambulatório, podendo o médico visualizar e registrar diretamente no prontuário eletrônico no ato da consulta. Caso o paciente já tenha o prontuário, este é apenas atualizado pelo funcionário no sistema, encaminhando para o ambulatório de forma eletrônica. Uma funcionária do arquivo Same, desarquiva a documentação através do número de identificação e entrega ao paciente para o mesmo levar até a recepção do consultório.

O prontuário impresso é entregue à atendente do médico para o registro no mapa de atendimento e colocado dentro do consultório. O médico realiza a chamada do paciente pelo painel eletrônico. Depois do atendimento, o funcionário responsável recolhe os prontuários do consultório e realiza a devolução ao Same, mediante assinatura do funcionário no mapa de atendimento. E, por fim, é realizado o arquivamento do prontuário.

**Fluxo do prontuário do ambulatório:**



O setor de admissão localiza-se na entrada do hospital, onde ficam dispostos dois computadores, e é constituído por treze funcionárias, que trabalham em turno de 12 horas, com duas por plantão. Segundo o Art.42 do regimento interno do HPM (HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ, 2009), as atribuições do setor são:

Art. 42. Ao Gerente da Admissão, além das atribuições normais previstas em leis e regulamentos, compete:

I – receber usuários para internação hospitalar, dentre os critérios estabelecidos por cada convênio;

II – encaminhar, quando necessário, o paciente para contrarreferência de saúde;

III – coordenar, executar e controlar a admissão e alta de pacientes, avaliando as condições físicas de cada paciente e fornecendo informações sobre o funcionamento do Hospital;

IV – proporcionar assistência necessária aos pacientes nos procedimentos médicos em geral;

V – elaborar relatório anual referente às suas atividades.

Assim como no Same, o serviço de atendimento aos pacientes é todo informatizado, sendo as senhas retiradas em um totem e controladas pelo sistema. No caso de cirurgias, o paciente retira senha para a Admissão. O funcionário realiza a chamada da senha e esta é visualizada através do painel eletrônico localizado na recepção, iniciando-se então o atendimento ao paciente.

O HPM recebe pacientes oriundos do ambulatório (cirurgias eletivas) e da Rede de Urgência do Estado (urgências ortopédicas), que são cadastrados no SOUL/MV de distintas formas. Caso seja paciente eletivo, é aberto o seu cadastro já existente no HPM, e apenas atualizado e completado com os dados da cirurgia, prosseguindo a internação. E se for urgências ortopédicas, é aberto um novo cadastro, colocando todos os dados do paciente, e em seguida procede-se a internação. Nas duas situações, é realizada a abertura do prontuário, que mesmo sendo eletrônico tem sua versão impressa, devido à indisponibilidade do sistema para os postos de enfermagem e

centro cirúrgico. Em seguida, a documentação é colocada em pasta aberta, sendo as eletivas na cor verde e as urgências na cor branca.

Cada vez que o paciente for internar, utiliza-se o mesmo número de prontuário, porém é iniciado um novo cadastro de atendimento, ligado aos procedimentos. Ou seja, para cada cirurgia é feito um prontuário físico, referendado ao número do prontuário original, que é enviado ao faturamento do HPM para serem realizadas as cobranças por procedimento realizado. O seu histórico de internações e atendimentos fica completamente registrado no sistema, podendo ser fornecido todos os relatórios necessários para a gestão.

O paciente é conduzido ao serviço social e, logo em seguida, o funcionário da 'hotelaria' o encaminha até o leito para o qual está cadastrado, sendo o seu prontuário entregue no posto de enfermagem. Neste momento, será realizado o registro pela equipe multiprofissional de todos os procedimentos aos quais o paciente foi submetido durante o período de sua internação. O prontuário acompanhará o paciente em todos os momentos dentro do hospital até sua alta.

Após a referida alta, o prontuário do paciente é entregue pela enfermagem na sala de revisão de prontuários, onde é feita a 'limpeza' em toda a documentação e onde são verificadas as possíveis falhas e feitas as correções necessárias. Em seguida, o prontuário é entregue ao setor de faturamento para proceder às cobranças dos procedimentos realizados. Finalmente, o prontuário é entregue no arquivo técnico para arquivamento. Todo esse trâmite interno do prontuário é realizado por meio de protocolos.

Os prontuários são arquivados por dia de cirurgia e por especialidade, empilhados em prateleiras abertas de metal e esmaltadas. O arquivo técnico abriga em suas estantes cerca de 100 mil prontuários. Tem um efetivo de dois funcionários, com um computador. Onde são manuseados cerca de 40 prontuários diariamente, recebidos do faturamento, ou são solicitadas cópias pelos pacientes.

Foto 5. Arquivo Técnico do HPM



Foto: Erivan Lima/2016

A solicitação de cópia de prontuários deve ser feita unicamente na recepção do arquivo técnico, no horário de funcionamento do setor, de 7h às 13h, de segunda-feira a sexta-feira. Esta solicitação é feita através de requerimento pelo próprio paciente ou por terceiros munidos de procuração, sendo entregue em um prazo máximo de 90 dias após a solicitação.

Conforme o Art. 51 do regimento interno do HPM (HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ, 2009), cabe ao arquivo técnico a responsabilidade de:

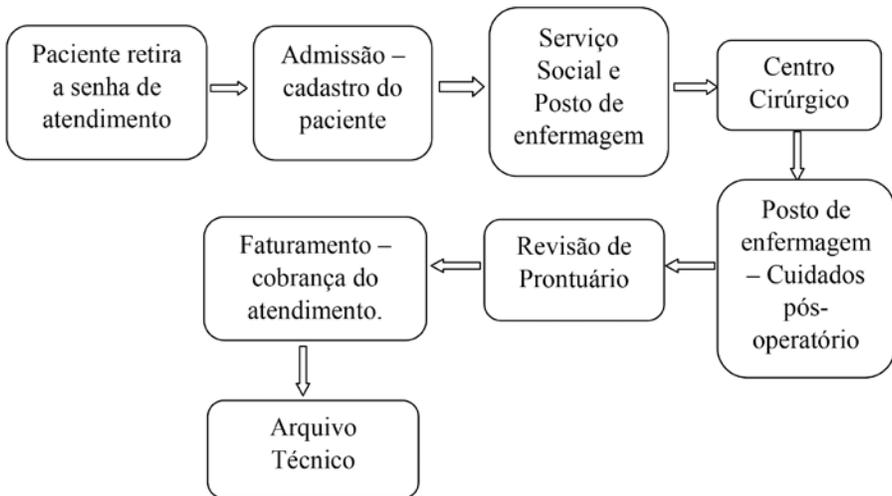
Art. 51. Ao Coordenador do Arquivo, além das atribuições normais previstas em leis e regulamentos, compete:

I – receber os documentos e processos mandados arquivar; proceder ao exame de suas peças e promover a restauração das que estiverem em mau estado de conservação;

II – promover a classificação sistemática e arquivamento dos documentos;

- III – organizar catálogos (índices) por assunto, onomástico e cronológico dos documentos arquivados;
- IV – prestar informações solicitadas pelos diversos setores do Hospital;
- V – expedir certidões de documentos, em obediência a despacho da autoridade competente;
- VI – receber e arquivar as proposições e papéis remetidos ao fim de cada exercício, fornecendo fotocópia, sempre que solicitadas por autoridades superiores;
- VII – cuidar da conservação dos documentos e publicações existentes no arquivo, promovendo o seu expurgo, observando a legislação em vigor;
- VIII – promover a restauração de documentos de valor histórico;
- IX – receber filmes microfilmes, gravações e fotografias, arquivando-os em boa ordem;
- X – estabelecer normas necessárias para o funcionamento eficiente do arquivo;
- XI – elaborar relatório anual referente às suas atividades;
- XII – executar outras tarefas correlatas.

**Fluxo de Prontuário de Internação:**



## Conclusão

Tendo em vista a importância dos documentos gerados no ambiente hospitalar este estudo procurou elaborar um diagnóstico de saúde visando ao acesso eficaz dos pacientes aos respectivos prontuários.

Observou-se que, durante a análise do setor de prontuários do HUT, a entrega da cópia do prontuário no momento da alta hospitalar do paciente contribui para a melhoria do processo. Visto que o HUT atende uma grande quantidade de acidentes automobilísticos e esses acidentes dão direito ao seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT. Ao agilizar a cópia dos prontuários, evitam-se filas devido à alta procura por esse tipo de serviço.

Porém, em contrapartida, o Same costuma ter dificuldades para encontrar prontuários que estão no setor de faturamento, pois eles ainda não foram faturados por conta do acúmulo de pendências, tais como: assinaturas de pacientes e médicos, falta de laudos, grande movimentação de prontuários dentro do próprio setor, tudo isso dificultando sua localização. A digitalização poderia ser uma forma eficiente de facilitar o acesso a esses prontuários e, com isso, agilizar a entrega.

Outro problema enfrentado é a demora no retorno do BE do CG-SUS, o que dificulta a entrega de documentos por parte do Same do HUT, levando em média 90 dias para o retorno. Esse problema poderia ser resolvido adotando a mesma medida dos prontuários: disponibilizar um auditor diariamente para fazer revisão dos BEs no próprio hospital. Com isso, seria reduzido o tempo de atendimento às solicitações de cópias de BE.

Da mesma forma que o HUT, o arquivo técnico do HPM tem dificuldade em entregar ao paciente a cópia da documentação, neste caso o prontuário, antes de 90 dias, pois depende de relatórios e assinaturas de todos os setores que o documento percorreu. A fim de viabilizar o processo inicial de prontuários até a entrega de cópias aos pacientes, a Direção do HPM está investindo em sistema automatizado e na capacitação de profissionais, pois dessa forma poderá agilizar o serviço prestado.

Devido ao manuseio diário e constante de prontuários do Same do HPM, ocorre erro no momento de arquivar os prontuários, que terminam por serem guardados em pastas que não são de sua numeração, dificultando a localização dos mesmos. Para solucionar tal problema, necessita-se de profissionais mais bem qualificados para a função e com mais empenho em suas atividades. Ou pode-se extinguir a impressão de prontuários ambulatoriais, pois no HPM existe o prontuário eletrônico, e muitos médicos realizam os registros no sistema, existindo muitos prontuários impressos em branco. Ocorrendo também alguma resistência de profissionais que não se adaptam ao atendimento informatizado no ambulatório.

No que tange à estrutura física, pode-se destacar que as estantes e armários do Same dos dois hospitais são de madeira, podendo ser mais facilmente atacados por cupins e outros insetos que causam danos ao equipamento e ao material arquivado. Recomenda-se que as estantes e armários sejam de aço com revestimento à base de esmalte, e tratados por fosfatação para evitar ferrugem. Destacam-se as estantes do arquivo técnico do HPM que estão no padrão recomendado.

Concluindo, é importante sensibilizar os servidores sobre o consumo de alimentos e bebidas na área de trabalho, pois os restos de comidas e migalhas atraem roedores e insetos que podem atacar os documentos arquivados.

## Referências Bibliográficas

BRASIL. **Lei n. 8159, de 8 de janeiro de 1991.** Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências. Brasília, DF, 1991. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8159.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8159.htm)>. Acesso em: 24 out. 2016

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução do CFM nº 1.821/2007.** Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2007/1821\\_2007.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2007/1821_2007.pdf)>. Acesso em: 24 out. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.638, de 10 de julho de 2002**. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuário nas instituições de saúde. Brasília, DF, 2002. Disponível em: < [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638\\_2002.html](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.html)>. Acesso em: 19 out. 2016.

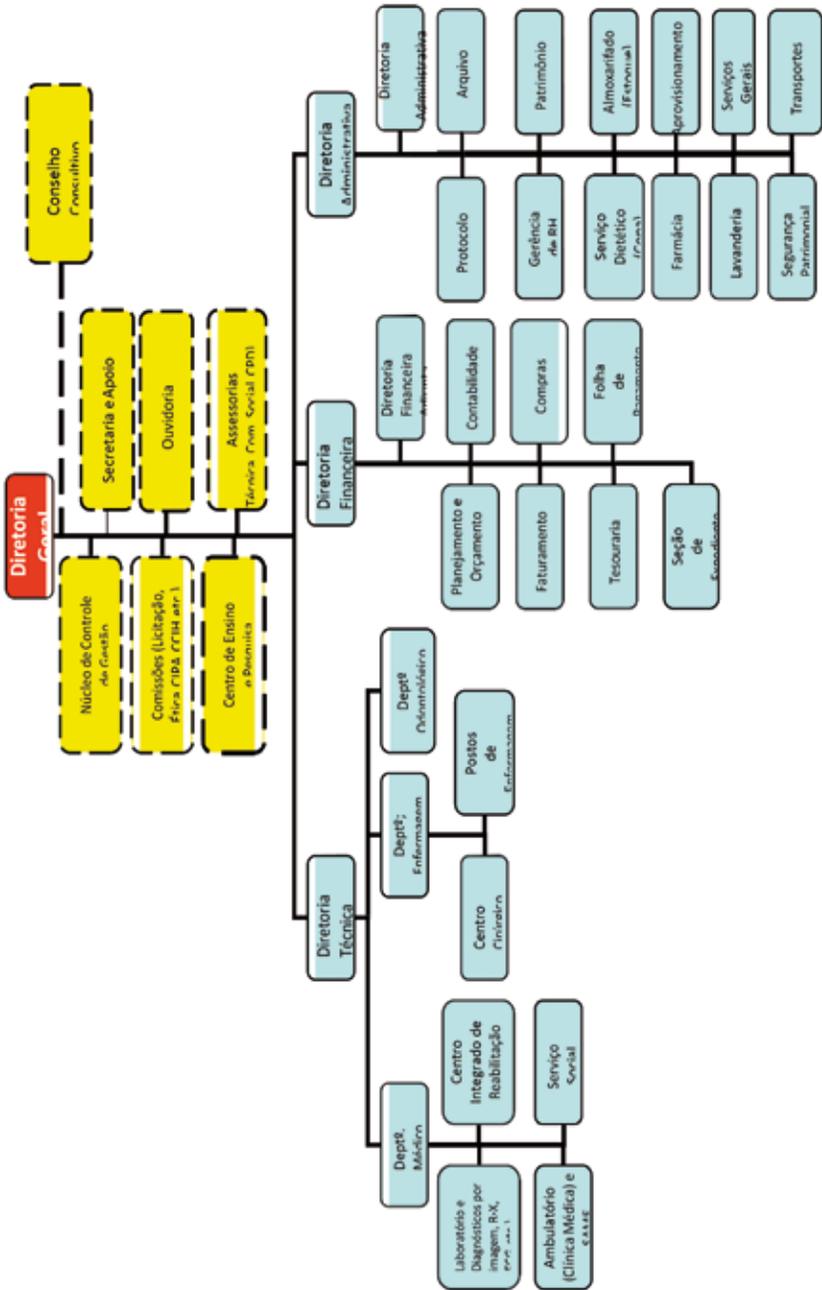
HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ. **Regimento Interno do Hospital da Polícia Militar do Piauí**. Teresina, 2009.

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA. **Regulamento Interno do Hospital de Urgência de Teresina**. Teresina, 2015.



Anexo II

Organograma geral do HPM



Parte III

Eixo Informações em Saúde



# O uso da Informação em Saúde: algumas possibilidades

Bianca Borges da Silva Leandro

Flavio Astolpho Vieira Souto Rezende

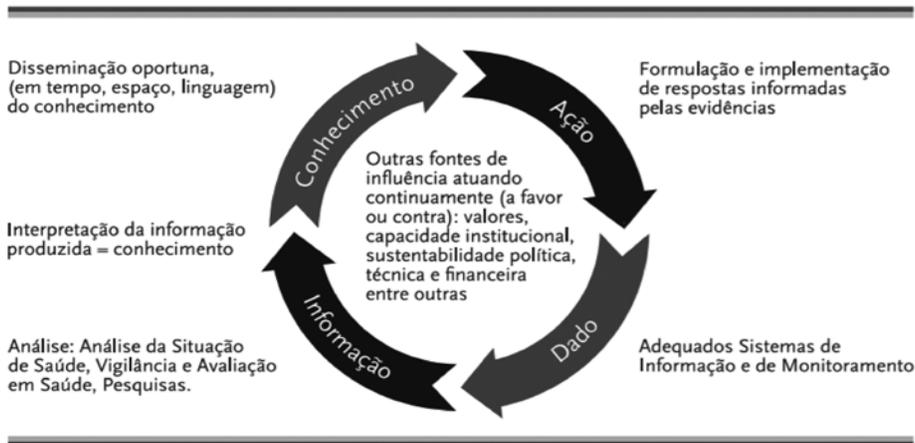
Marcia Fernandes Soares

## A informação na priorização das políticas de saúde

Inicialmente, é válido destacar que este capítulo parte da compreensão da informação em saúde como um direito de todos, não se traduzindo apenas em acesso, mas também, como salienta Moraes (2014) “na compreensão do significado das informações, em linguagem adequada, que desnudem/desvendem os condicionantes e os determinantes sociais, políticos e econômicos da situação de saúde-doença-cuidado” (p. 659). Afinal, a situação de saúde-doença-cuidado não é estática, é complexa, dinâmica, mista e não compartimentalizada, permeada por uma diversidade de determinantes e condicionantes que reforçam a necessidade de se sistematizar e reunir, para uma compreensão e análise pertinente da situação, informações e registros adequados.

Nesse sentido, a informação em saúde cumpre papel estratégico e a sua utilização torna-se essencial. O uso da informação deve ser importante para apoiar o processo decisório, auxiliando na priorização e na formulação de ações pertinentes. A Figura 1 mostra o uso dos dados disponíveis nos sistemas de informação e monitoramento e demais registros em saúde para a sistematização de informações que embasem a análise. Trata-se de uma constante interpretação e reflexão, permitindo a construção de conhecimentos que sejam úteis para o processo de trabalho que novamente irá gerar dados que podem ser usados (BRASIL; UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2015). Cabe salientar que este processo envolve também a presença de profissionais de saúde, bem como de outras áreas, que baseados em suas qualificações, saber técnico e visão de mundo, influenciarão na qualidade da análise e na qualidade das ações a serem realizadas (MOTA e ALAZRAQUI, 2014).

Figura 1. Processo de uso da informação



Fonte: Brasil; Universidade Federal de Goiás, 2015

A relevância da informação em saúde está fortemente relacionada com o seu potencial de fornecer subsídios para apoiar a ação, para ‘informar-ação’. Moraes (2014) a descreve como uma energia contida nos números, palavras e imagens, e que, se não for utilizada, irá se tornar estéril, não contribuindo para a produção de conhecimento e não subsidiando a ação a ser tomada. A autora aponta que a informação estaria cumprindo uma função de estética, decorativa, não alcançando seu objetivo final de apoiar o processo decisório.

Vivencia-se uma cultura do pouco uso da informação para subsidiar a ação em saúde, ou seja, ações pouco embasadas nas informações existentes. A análise precária ou limitada de informações sobre um problema a ser enfrentado, empobrece a identificação de alternativas a serem consideradas pelos profissionais de saúde que atuam na atenção ou na gestão e os demais usuários. Sendo assim, o desafio é o de reunir o máximo de ‘certezas’ para diminuir as ‘incertezas’, tendo como ponto de partida o uso das informações e dos registros em saúde que se encontram disponíveis. Afinal, toda ação tem um grau de incerteza, ao se falar de ações em saúde, um processo que lida com a vida das pessoas, deve-se sistematizar o máximo de ‘certezas’

possíveis (MORAES, 2014; LEANDRO, 2015). Como reforça Maria Helena P. de Mello Jorge (1990):

Apesar de muitos trabalhos terem sido escritos com títulos sugestivos como ‘As mentiras sobre nossas estatísticas’ ou ‘Estatísticas Vitais: mito ou realidade’, é preciso lembrar que as estatísticas de que dispomos estão ainda longe de ser as ideais. Entretanto, compete aos profissionais trabalhar com elas, conhecer suas limitações e saber interpretá-las. Somente assim, sabendo onde estão seus erros e qual sua medida, será possível corrigi-las e um dia, melhorá-las (JORGE, 1990, p. 34).

Deve-se salientar que o momento, denominado como a ‘era da informação’, é marcado pela produção constante de ‘novos dados’, o que alguns autores caracterizam também como um contexto de “saturação de informações advindas de meios e fontes plurais” (VASCONCELLOS-SILVA e CASTIEL, 2010, p. 3). Desse modo, outro desafio para os profissionais de saúde no uso da informação é identificar o que é mais pertinente para a análise de determinada situação de saúde-doença-cuidado a fim de não se ‘perder’ no emaranhado de dados disponíveis, fazendo assim, o melhor emprego possível das tecnologias de informação e comunicação.

Caminhando nesse esforço e compreendendo que a o uso da informação em saúde é plural, neste capítulo são apresentados três empregos possíveis dessas informações, a saber: para apoiar a regulação em saúde, para análise da situação de saúde e sobre o uso de boletins informativos nos serviços de saúde. Tratam-se de reflexões organizadas com base nos temas dos trabalhos de conclusão de curso desenvolvidos por alunos que participaram do Curso de Qualificação Profissional em Registros Informações em Saúde no Piauí durante o ano de 2016.

## Uso da informação para apoiar a Regulação em Saúde

Ao nos debruçarmos sobre a implementação da regulação no sistema de saúde, esta nos remete à Constituição de 1988, a qual, em seu Artigo 196, institui “saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido

mediante políticas sociais e econômicas”, estando sob a responsabilidade do poder público a regulamentação, a fiscalização e o controle dos serviços e das ações de saúde (Art.197). Ações e serviços que deverão integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, articulada de acordo com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (Art. 198) (BRASIL, 1988).

A regulação em saúde teve a sua difusão a partir da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2002, que discute sobre o fortalecimento da capacidade de gestão no SUS, aborda o processo de controle, a regulação e a avaliação da assistência à saúde, e estabelece a tríade: regulação - controle - avaliação. Estas ações devem estar integradas ao planejamento e a alocação de recursos, tendo como horizonte o “alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população” (BRASIL, 2002, item 41). Desse modo, o processo de regulação é direcionado para organizar a atenção à saúde.

No Brasil, para apoiar a regulação foi desenvolvido, em 2001, pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) em parceria com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) como um instrumento voltado para apoiar os gestores quanto à regulação das ações e atividades assistenciais desenvolvidas no âmbito do SUS sob a gestão municipal e estadual. Esse sistema coleta e sistematiza os principais dados e informações relacionados ao processo de regulação, permitindo, por exemplo:

- planejar e distribuir de forma equânime os recursos de saúde para a população própria e referenciada, bem como os recursos assistenciais disponíveis de forma regionalizada e hierarquizada;
- agendar e acompanhar os atendimentos e as internações, a alocação de leitos eletivos por clínica e por prestador e a execução dos tetos pactuados entre os estabelecimentos de saúde e municípios;
- disponibilizar as informações acerca da oferta de leitos, consultas e exames especializados de média e alta complexidade; e
- subsidiar os setores de Controle, Avaliação e Auditoria no que se refere ao faturamento em alta e média complexidade ambulatorial e hospi-

tar, controle da emissão de Autorização para Internação Hospitalar (AIH) do Sistema de Internação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) e de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (Apac). (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2016).

Para desempenhar a sua função reguladora das ações de saúde, é importante que o Sisreg seja alimentado com dados confiáveis e organizados, de modo que as informações geradas possam cumprir o seu papel estratégico para a regulação. Ou seja, ser elemento facilitador para a racionalização do processo de planejamento, coordenação e desenvolvimento da atenção à saúde. Foi com esta intenção que os alunos do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde, usando dados do SISREG relacionados ao Estado do Piauí realizaram o trabalho sobre a ‘Análise da Regulação do Acesso à Internação Hospitalar no Estado do Piauí’.

### Uso da informação para a análise da situação de saúde

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (Opas), a Análise da Situação de Saúde (Asis) é um processo analítico-sintético que permite caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população. Debruça-se sobre danos ou problemas de saúde, assim como seus determinantes, que facilitam a identificação de necessidades e prioridades em saúde, a formulação e implementação de intervenções ou programas apropriados e a avaliação de seu impacto (BRASIL; UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2015).

A Asis sistematiza informações e conhecimentos válidos sobre as condições de vida de uma população em determinado território/contexto, tendo como finalidade principal subsidiar a tomada de decisão em saúde de maneira oportuna em todas as suas instâncias. Além disso, observa-se como ganhos adicionais dessa prática o apoio ao controle social em saúde e a retroalimentação às fontes notificadoras.

Podem-se classificar as fases da análise de situação de saúde sob o ponto de vista estratégico em três momentos: mobilização e planejamento; produção

de conhecimento e intercâmbio; e uso de conhecimento. Sob o ponto de vista metodológico, destacam-se a análise de tendências, a avaliação em saúde e a análise de conjuntura (BRASIL; UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2015).

Uma das questões para a análise de situações de saúde é o desenvolvimento de indicadores capazes de detectar e refletir condições de risco à saúde, advinda de condições ambientais e sociais adversas. Segundo Rouquayrol e Almeida-Filho (2003), os indicadores são empregados também com o objetivo de avaliar o perfil de morbi-mortalidade, observando as tendências e flutuações das doenças e outros agravos em uma área geográfica, permitindo um melhor planejamento e comparações com outros locais.

A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), que tem como um de seus produtos a publicação impressa e digital: Indicadores e dados básicos para a saúde – IDB, define indicadores como medidas-síntese que irão demonstrar o desempenho do sistema, como também o estado de saúde de uma população. Apesar disso, não é qualquer medida-síntese que pode ser considerada um indicador de qualidade, deve-se observar algumas características:

O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua validade (capacidade de medir o que se pretende) e confiabilidade (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares). Em geral, a validade de um indicador é determinada por sua sensibilidade (capacidade de detectar o fenômeno analisado) e especificidade (capacidade de detectar somente o fenômeno analisado). Outros atributos de um indicador são: mensurabilidade (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir), relevância (responder a prioridades de saúde) e custo-efetividade (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos) (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008, 2008, p.13).

Além das características citadas, deve-se levar em consideração a completude ou integridade dos dados, ou seja, se estão minimamente completos, não se pode ter, por exemplo, uma série histórica com muitos valores ausentes. Outro fator importante é a definição de consistência interna, na qual os valores devem ser coerentes e não contraditórios.

A Organização Mundial da Saúde divide os indicadores gerais em três grupos: o que traduz a condição de saúde de uma população, aqueles sobre as condições do meio ambiente e, finalmente, os que medem os recursos humanos e materiais disponibilizados à população (MALIK e SCHIESARI, 1998).

Para se obter os indicadores se faz necessária a construção de uma base de dados, por meio de sistemas de informações que podem ser definidos como: a integração e articulação do processo de coleta, armazenamento e processamento dos dados, com o propósito de transformar dados em informação, e conseqüentemente, apoiar a gestão e a tomada de decisão nos serviços de saúde, não estando obrigatoriamente atrelados a incorporação tecnológica e computacional, apesar de hoje eles se apoiarem fortemente na informática (CAMARGO JÚNIOR e COELI, 2001; BORGES e GONÇALVES, 2015).

Com a constituição do SUS, e a partir da descentralização do sistema de saúde, o fluxo dos dados passou a seguir o mesmo percurso, tendo o DATASUS/Ministério da Saúde (MS) como o coordenador do desenvolvimento e implantação dos Sistemas Informação em Saúde (SIS) em todo o território brasileiro. Os principais sistemas de informação, de âmbito nacional, sob responsabilidade do MS são: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema de Informação de Câncer de Útero e de Mama (SISCAN), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) e Sistema de Informações em Saúde da Atenção Básica (SISAB).

O estudo da morbidade hospitalar, por exemplo, apoia-se no uso de dados disponíveis no SIH, para o cálculo de indicadores, como as taxas de internação específicas por sexo e faixa-etária. Há um grande uso de indicadores de mortalidade (por exemplo, taxa de mortalidade geral, taxa de mortalidade infantil e mortalidade proporcional por doenças específicas)

e relacionados ao parto e recém-nato (por exemplo, taxa de natalidade e taxa de cesárea) que possuem como fontes de dados, respectivamente, o SIM e o SINASC, sistemas com boa completude e consistência.

No ano de 2013, para fortalecer o uso de indicadores pela gestão, o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) estabeleceram sete premissas para a construção de indicadores, tendo como principais objetivos: estabelecer rol único de indicadores universais e específicos, respeitar as diretrizes do Plano Nacional de Saúde (PNS) e preservar a autonomia do ente federado com relação à inclusão de outros possíveis indicadores. O detalhamento dessas premissas e dos indicadores é apresentado no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (BRASIL, 2014).

Outro ponto a se destacar é o acesso público aos conjuntos de dados disponíveis, no domínio do IBGE e do DATASUS, referentes a diversos aspectos das condições sociais e de saúde. Especificamente no Portal do DATASUS<sup>1</sup> é possível ter acesso aos dados de modo on-line (*tabnet*) ou para uso local (*tabwin*). Alguns SIS, como o SINAN, permitem somente tabulações on-line. Já outros, como o SIM, SINASC, SIH, SIA e SCNES possibilitam que os profissionais de saúde e demais usuários usem tabulações on-line, por meio do *tabnet*, ou que façam o *download* do conjunto de dados para poderem analisar nos *softwares* estatísticos ou programas de planilhas eletrônicas que melhor lhe convier. Essas ferramentas são possíveis de serem adotadas pelos serviços de saúde no cotidiano dos processos de trabalho, para ajudar no uso da informação na análise da situação de saúde em diferentes recortes territoriais, como foi o caso dos alunos do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde ao elaborarem um trabalho de conclusão de curso sobre o Diagnóstico de Saúde do Território do Vale do Canindé no Piauí, demonstrando a potencialidade de análise dos dados por profissionais dos serviços de saúde.

---

<sup>1</sup> <http://datasus.saude.gov.br/>

Muito se avançou no Brasil na concepção e reformulação de SIS que fornecessem dados com boa cobertura e relacionados a todo o território nacional. Apesar de possíveis dificuldades, como a fragmentação dos SIS, problemas na completude nos bancos de dados, sobrecarga de trabalho, falhas no acesso à internet e a formação específica na área, os dados coletados devem ser empregados na construção de indicadores. Afinal, somente usando os dados será possível, por exemplo, observar as flutuações e tendências históricas; planejar futuras ações para o controle da expansão de doenças e outros agravos; monitorar o cumprimento de metas estabelecidas; auditar as regulações realizadas pelas centrais de regulação; e publicizar as ações realizadas pelas secretarias de saúde, seja estadual ou municipal, lançando mão de, por exemplo, boletins informativos.

### Uso de boletins informativos nos serviços de saúde

Qual a relação entre o uso da informação em saúde e os boletins informativos? A elaboração de boletins é uma das estratégias de disseminação de informação em saúde de modo adequado a diferentes contextos e usuários. O boletim pode ser observado como um exemplo de instrumento que apoia a análise de dados coletados pelos SIS, como também a disseminação e publicização da informação produzida. Sendo um meio pelo qual, profissionais de saúde, e até mesmo usuários, podem ter contato com os dados coletados e problematizar a sua realidade.

A elaboração de um boletim informativo em saúde deve prever uma busca e estudo adequado sobre o tema que se deseja expor, além disso, sua linguagem e análises devem ser pertinentes ao público destinado (pesquisadores, profissionais de saúde, usuários, etc.). Uma de suas funções também é a de difundir o conhecimento epidemiológico aplicável às ações de atenção, vigilância, prevenção e controle de doenças e outros agravos de interesse da saúde pública, visando ao aprimoramento dos serviços oferecidos pelo SUS. Muitos dos dados coletados cotidianamente pelos profissionais de saúde são transmitidos pelos fluxos formais dos SIS e não retornam para as unidades notificadoras. Sendo assim, um boletim informativo, impresso

ou digital, poderia ser uma forma de ocorrer esse feedback das informações produzidas.

Vale salientar que se trata de uma estratégia utilizada por diferentes secretarias municipais e estaduais do Brasil, por exemplo, a Coordenação Estadual da Atenção Básica do Estado do Rio Grande do Sul disponibiliza, desde 2016, boletins anuais sobre temas pertinentes a Atenção Básica<sup>2</sup>. Dessa forma, observa-se que não é uma novidade, mas algo que precisa ser mais apropriado pelos serviços de saúde como uma proposta que potencializa o uso da informação. Outro exemplo é o Bepa (Boletim Epidemiológico Paulista), criado em 2004 pela Coordenadoria de Controle de Doenças do Estado de São Paulo<sup>3</sup>. Trata-se de uma publicação mensal, eletrônica, que visa divulgar de forma ágil informações objetivas sobre doenças e agravos de interesse de saúde pública relevantes para o estado, debruçando-se também sobre a descrição de ações programáticas e análises de situação de saúde, tendo como público alvo gestores e profissionais de saúde (ARANDA et al., 2015).

Tendo essa perspectiva como horizonte, um dos trabalhos de conclusão de curso optou pelo formato de um boletim informativo, sistematizando alguns dados sobre as hepatites virais no Estado do Piauí, como um modo de estimular e disseminar o uso desta informação pelos serviços de saúde.

As hepatites virais são exemplos de agravos que possuem uma ficha de notificação para a coleta de dados, preenchida por diferentes profissionais de saúde, e que é repassada a secretarias municipais, estaduais e MS para revisar e consolidar a informação. No caso específico do estudo sobre estes agravos, vale realçar que a hepatite viral é reconhecida como um grave problema de saúde pública, sobretudo em um cenário no qual existem medicamentos para o tratamento e vacinas disponíveis para a prevenção. No mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que existam 325 milhões de pessoas vivendo com um quadro crônico de infecção viral por hepatites, em especial, as hepatites B ou C. Esta situação é agravada, devido ao fato de que a maioria das pessoas não tem aces-

<sup>2</sup> <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/boletins-informativos>

<sup>3</sup> <http://www.saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-controle-de-doencas/publicacoes/bepa-edicoes-em-pdf>

so a exames que confirmem a doença. Outro dado importante, destacado pela OMS, é o aumento da mortalidade por hepatite viral no mundo. Em 2015, as hepatites foram responsáveis pela morte de 1,34 milhão de pessoas (LABOISSIÈRE, 2017).

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Infectologia estima que há entre 1,5 milhão e 2 milhões de pessoas com hepatite, porém, somente cerca de 300 mil sabem que têm a doença (DINIZ, 2016). Esse desconhecimento sobre ser portador do agravo, além de poder levar a um quadro de cronicidade da doença com sequelas e complicações, também tem repercussões coletivas, uma vez que se trata de uma doença transmissível. Estima-se que, de 1999 a 2016, ocorreram 61.297 óbitos devido às hepatites virais A, B, C e D, sendo a maior a hepatite C, com 76% dos óbitos. (BRASIL, 2017).

A disseminação de informação sobre as hepatites virais no cenário brasileiro é relevante, pois é um adoecimento que envolve distintos fatores de risco e formas de transmissão, passando pela água contaminada, alimentação, contato fecal-oral, transmissão sanguínea, sexual, vertical, uso de drogas, seringas contaminadas, entre outras. No Brasil, as hepatites virais são consideradas doenças de notificação compulsória, de acordo com a Portaria 204/2016 do MS, ou seja, cada ocorrência deve ser notificada por um profissional de saúde; os casos notificados são registrados no SINAN. Esse registro é importante para identificar e mapear os casos de hepatites no país, ajudando na elaboração de diretrizes e políticas públicas no setor (BRASIL, 2018). O quadro sanitário das hepatites virais indica que este adoecimento também está permeado por um conjunto de determinantes sociais, que é marcado por desigualdades no acesso ao saneamento básico, no acesso aos serviços de saúde, aos medicamentos, como também, aos valores culturais e sociais.

Em termos de políticas públicas, no Brasil, o Programa Nacional de Hepatites Virais foi criado em fevereiro de 2002 com o intuito de estabelecer, em âmbito nacional, as diretrizes e estratégias com diversas áreas do SUS. A proposta foi a de expandir a discussão e as ações envolvendo

as hepatites virais para além do diagnóstico, compreendendo também a prevenção e promoção da saúde, tratamento, acesso ao aconselhamento, reforço da vigilância epidemiológica e sanitária, ampliação da resolutividade e capacidade instalada dos serviços de saúde, como também a articulação com outras políticas públicas (BRASIL, 2005).

Dentro dos preceitos do SUS, a disponibilização de informações oportunas e atualizadas sobre a situação das hepatites, como de qualquer outro agravo relevante em determinada localidade, potencializa o trabalho em saúde e apoia o princípio da integralidade. Sendo assim, reforça-se a necessidade crescente de se incrementar o uso da informação nos serviços de saúde, com destaque para a elaboração de mecanismos e instrumentos que fortaleçam esse processo, adequados ao contexto territorial.

Vaughan e Morrow (1992) apontam algumas formas de disseminação da informação que podem auxiliar no seu uso: relatórios detalhados, encontros de discussão e meios de comunicação de massa e locais. Afinal, a descentralização do sistema de saúde também implica na descentralização e regionalização das informações em um fluxo constante de retroalimentação/feedback do que é cotidianamente registrado pelos profissionais de saúde.

### Algumas reflexões

Como endossa Carvalho (1988) “se a informação é desatualizada, se é entregue a alguém ‘que já sabia do fato’, se é pouco inteligível, confusa, expressa numa linguagem que o interessado não domina, ela não poderá cumprir esse papel de ‘alternadora de conhecimento’” (p. 82) e não será suficiente para balizar o processo decisório. No decorrer deste texto, foram apresentados três usos possíveis das informações em saúde que podem apoiar o trabalho desenvolvido pelos serviços. Foram reflexões que serão complementadas pelos trabalhos de conclusão de curso apresentados a seguir. Apesar disso, deve-se reforçar que o uso da informação é relevante para qualificar as ações a serem tomadas no setor saúde, seja na assistência ou na gestão, auxiliando o trabalho, a análise e a tomada de decisão. Mesmo

assim, vivenciam-se obstáculos e dificuldades para se efetivar o uso da informação pelos serviços de saúde.

Observa-se que o tempo despendido no trabalho concentra-se no processo de registro e repasse de dados, com pouco espaço para a análise e discussão. Nota-se, também, a baixa formação técnica e a insuficiência de estrutura e de condições de trabalho para sistematizar e organizar os dados cotidianamente coletados. Leandro (2015) aponta a existência de formulários complexos, a demora do retorno, ou o não retorno, das informações àqueles que colheram os dados, a baixa publicização dos mesmos e a não consolidação permanente dos achados e conclusões em relatórios ou outros produtos técnicos.

A fim de tentar enfrentar esses obstáculos, os capítulos apresentados a seguir mostram as possibilidades de se usar a informação em saúde. Todos possuem como eixo central o uso das informações em saúde para a compreensão de determinado problema, e foram elaborados com base na atuação dos alunos nos serviços de saúde dos seus respectivos municípios. O capítulo ‘Análise da regulação do acesso à internação hospitalar no Estado do Piauí’, traz o seguinte questionamento: “o acesso à assistência hospitalar melhorou após a implantação da regulação da internação no Estado do Piauí?”, para responder a esta questão foram usados dados do SISREG. O capítulo, ‘Boletim epidemiológico das hepatites virais no Estado do Piauí para os profissionais da Rede Pública de Saúde’, optou pelo formato de um informativo dirigido aos profissionais de saúde do estado e, empregando dados do SINAN, descreveu o padrão epidemiológico das hepatites virais (A, B e C) no Piauí no período de cinco anos (2011-2015), visando contribuir para a vigilância desse agravo. Por último, o capítulo ‘Diagnóstico de saúde: Território do Vale do Canindé’ se propôs a analisar um dos territórios de desenvolvimento sustentável do Piauí, com base na descrição de indicadores sociodemográficos e de saúde e, assim, caracterizar a situação de saúde deste território e refletir sobre soluções de curto, médio e longo prazo. Para a realização desse objetivo, os resultados encontrados para o Vale do Canindé foram comparados com os do Piauí no ano de 2013.

## Referências Bibliográficas

- ARANDA, C. M. S. S.; SCHIAVON, L. N.; REHDER, S. A trajetória persistente do Boletim Epidemiológico Paulista/ Bepa. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2.121-2.124, jul. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000702121&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000702121&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 out. 2019.
- BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)>. Acesso em: 13 nov. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **Asis**: análise de situação de saúde: livro texto. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. v. 1. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis\\_analise\\_situacao\\_saude\\_volume\\_1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf)>. Acesso em: 4 mar. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Portal SINAN. **Hepatites Virais**. 15 jan. 2018. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/hepatites-virais>>. Acesso em: 14 ago. 2018
- BRASIL. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais. **INFOGRÁFICO**: a situação das hepatites virais no Brasil. 16 out. 2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/infografico-situacao-das-hepatites-virais-no-brasil>>. Acesso em: 14 ago. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores**: 2013 – 2015. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de aconselhamento em hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BORGES, B.; GONÇALVES, K. **Sistema de informação**. Verbete elaborado para o curso de Especialização em Gestão da Atenção Básica e Promoção do Desenvolvimento Social. Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz, 2015. Não publicado.
- CAMARGO JÚNIOR, K. R.; COELI, C. M. **Sistemas de informação e banco de dados de saúde**: uma introdução. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 2001. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 209). Disponível em: <<http://site.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2017/05/SESC-209.pdf>>. Acesso em: 25 mar 2018.

CARVALHO, L. C. S. **Análise de sistemas**: o outro lado da informática. Rio de Janeiro: LTC-Livros Técnicos e Científicos: Sociedade Beneficente Guilherme Guinle, 1988.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Conass). **Guia de apoio a gestão estadual do SUS**: o SISREG. 21 set. 2016. Disponível em: < <https://www.conass.org.br/guiainformacao/o-sisreg/> >. Acesso em: 18 mar. 2018.

DINIZ, M. OMS diz que hepatite atinge 400 milhões de pessoas em todo o planeta: No Brasil, há entre 1,5 milhão e 2 milhões de pessoas com hepatite. **Agência Brasil**, Brasília. 28 jul. 2016. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-07/adulto-deve-fazer-teste-de-hepatite-c-ao-menos-uma-vez-na-vida-diz>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

LABOISSIÈRE, P. OMS pede resposta urgente no combate a hepatites virais. **Agência Brasil**, Brasília. 22 abr. 2017. Disponível em <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-04/oms-pede-resposta-urgente-no-combate-hepatites-virais>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

LEANDRO, B. B. S. **O uso da informação em saúde para a vigilância na Estratégia em Saúde da Família**: o caso do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do município de Itaboraí. 2015. Orientação: Patrícia Tavares Ribeiro. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v. 3. (Série Saúde & Cidadania). Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Qualidade\\_na\\_gestao\\_local\\_de\\_servicos\\_e\\_acoes\\_de\\_saude/496](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Qualidade_na_gestao_local_de_servicos_e_acoes_de_saude/496)>. Acesso em: 20 mar. 2018.

JORGE, M. H. P. M. **Registro dos eventos vitais**: sua importância em saúde pública. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 1990. (Série Divulgação, n. 5).

MORAES, I. H. S. de. Sistema de Informações em Saúde: Patrimônio da Sociedade Brasileira. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 649-665.

MOTA, E. L. A.; ALAZRAQUI, M. Informação em saúde coletiva. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 195-199.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (Ripsa). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília:

Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

VASCONCELLOS-SILVA, P. R.; CASTIEL, L. D. A internet na história dos movimentos anti-vacinação. **ComCiência**, Campinas, n. 121, set. 2010. Disponível em: <[http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-76542010000700011&lng=pt&nrm=iso](http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542010000700011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 out. 2019.

VAUGHAN, J. P.; MORROW, R. H. **Epidemiologia para municípios**: manual para gerenciamento dos distritos sanitários. São Paulo: HUCITEC, 1992. (Saúde em Debate, 54).

# Análise da regulação do acesso à internação hospitalar no Estado do Piauí

Eleyne Deyannys de Sousa Silva

Francisca Pereira de Sousa

Maraiza Aragão Arrais Araujo

Maria do Socorro Oliveira Guimarães

Samara Marques de Assunção Nogueira

## **Orientação:**

Liana Maria Ibiapina do Monte

Marcia Fernandes Soares

## **Apresentação**

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um dos princípios a garantia do acesso à saúde de forma universal aos seus usuários. Para tanto, foi necessário sua criação por ocasião da promulgação da Constituição Federal de 1988, artigos 196 a 200 (BRASIL, 1988) e da regulamentação das Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90 (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b), com a finalidade de modificar a situação de desigualdade e exclusão que eram as principais características da ‘organização’ da saúde até então.

Atualmente, o SUS é presente em todo o país de forma regionalizada e hierarquizada, abrangendo, por exemplo, procedimentos diagnósticos, ambulatoriais, internações, reabilitações e distribuições de medicamentos, desde a atenção básica até a alta complexidade.

Desde a criação do SUS, o sistema foi orientado para um processo de descentralização e regionalização das ações e serviços de saúde para os municípios. Essas diretrizes tiveram que ser aprimoradas considerando as especificidades demográficas e epidemiológicas do país.

A publicação do Pacto pela Saúde, em 2006, proporcionou o fortalecimento do processo de regionalização como estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde, a melhoria do acesso e a integralidade (BRASIL, 2006). Assim, a regulação no setor saúde é uma ação complexa, compreendendo um considerável número de atividades, instrumentos e estratégias.

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) através da Portaria 1.559 de 2008, aprovou a Política Nacional de Regulação do SUS organizada em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência.

No que se refere à Regulação do Acesso à Assistência, a referida Portaria em seu 5º artigo, determina que a mesma deva ser “efetivada através da disponibilização de alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários” (BRASIL, 2008), garantindo assim o acesso dos usuários aos serviços de saúde de forma adequada. O complexo regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os seguintes modelos: complexos reguladores estadual, regional ou municipal.

Nesta perspectiva, o complexo regulador do Estado do Piauí foi criado através da Resolução da Comissão Intergestora Bipartite do Piauí (CIB-PI) nº 037/2013 (PIAUI, 2013). No entanto, até 2016 não havia sido completamente instituído na prática, pois as unidades reguladoras que compõem o referido complexo funcionavam de forma independente, sem integração de seus fluxos assistenciais e da sua organização administrativa.

A Central Estadual de Regulação de Internações Hospitalares (Cerih), que compõe este complexo, iniciou seu funcionamento no final de junho de 2014, quando regulava apenas a retaguarda para urgência e emergência. Cumprindo o planejamento da Cerih, em dezembro de 2014 foi iniciada a regulação da urgência e emergência intra-hospitalar. Desde março

de 2015, após acordo interestadual, iniciou-se a regulação da urgência de pacientes oriundos de cinco municípios do Estado do Maranhão. Em agosto de 2015, foi iniciada a regulação da Obstetrícia, sem incluir a Neonatologia, justificada pela baixa oferta de serviço nesta especialidade.

## Justificativa

No cotidiano de trabalho nos hospitais públicos do Piauí, observam-se dificuldades dos usuários do SUS ao acesso à assistência hospitalar. Antes da implantação da regulação de internação no estado, os usuários do SUS que estavam internados em hospitais do interior do Piauí, ou mesmo em hospitais de menor porte em Teresina, quando necessitavam de uma assistência de maior complexidade, dirigiam-se para os hospitais de maior porte da capital, sem ter garantia do acesso e da adequação do serviço procurado. Situação esta que interferia diretamente na qualidade da assistência, além de gerar uso inadequado dos escassos recursos públicos da saúde. Nos últimos anos, vivencia-se uma mudança na organização do acesso à assistência hospitalar no estado com a implantação da regulação de internação.

De modo a nortear o planejamento nesta área de acordo com as necessidades reais do sistema de saúde e embasar futuros fluxos e protocolos de acesso, o presente trabalho tem como objetivo central analisar o processo de implantação da regulação de internação no Estado do Piauí. Além disso, objetiva também conhecer o perfil do usuário do SUS que busca acesso à assistência hospitalar, estabelecer a média de permanência na lista de espera por leito de internação, estabelecer o quantitativo de pacientes na lista de espera da regulação estadual de leitos e definir quais especialidades geram maior demanda no processo de regulação de leitos.

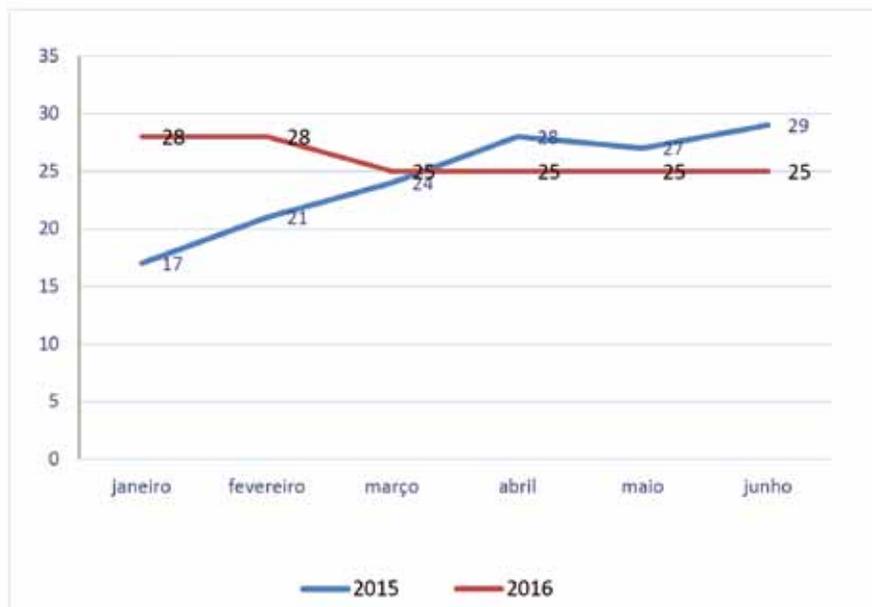
A metodologia aplicada baseou-se na revisão da literatura técnica, realizada no período de setembro e outubro de 2016. As fontes bibliográficas consultadas foram Scielo, Bireme, Medline e Lilacs, como também livros de referência na área. Além disso, empregou-se a base de dados do Sistema de Regulação de Internação do Estado do Piauí, referentes aos consolidados do primeiro semestre de 2015 e de 2016.

Para compor o perfil de caracterização da população que usa a regulação de internação, foram analisadas as variáveis faixa etária e sexo. Já para a descrição da oferta de leitos considerou-se a média de permanência da lista de espera da regulação e especialidades com maior demanda. Os dados foram obtidos por meio da Cerih, e para melhor compreensão e visualização dos resultados da pesquisa, os dados foram sistematizados e estão apresentados em gráficos e tabelas. Por fim, apresentaram-se os resultados e possibilidades de melhorias no acesso à assistência hospitalar no Piauí após a implantação da Regulação de Internação.

### Apresentação dos resultados

Os dados fornecidos pela Central de Regulação de Internação do Estado do Piauí referentes ao primeiro semestre de 2015 e de 2016 permitiram um estudo sobre a demanda das especialidades (PIAUI, 2016), cujo percentual foi retratado nos gráficos abaixo.

**Gráfico 1: Especialidades ofertadas pela regulação durante os primeiros semestres 2015 e 2016. Teresina - Piauí**

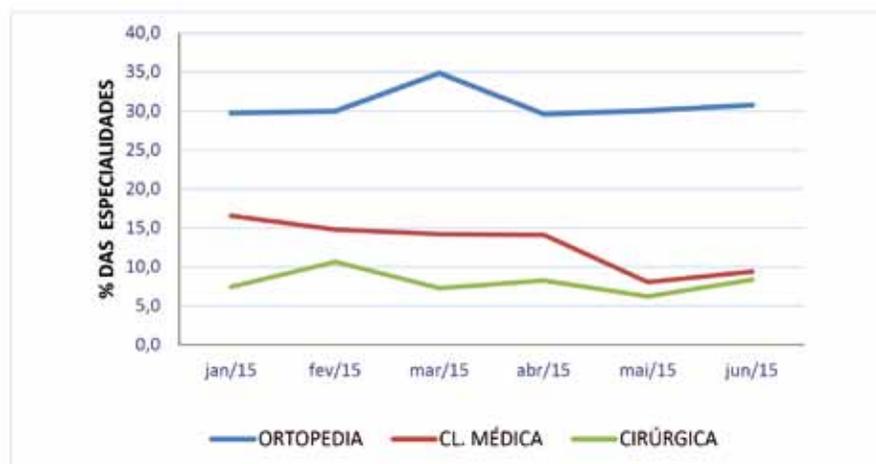


Fonte: elaborado com base nos dados da Cerih (PIAUI, 2016)

É possível perceber que enquanto o semestre de 2015 mostra uma curva ascendente, com uma média de 24,5 tipos de especialidades por mês, o semestre de 2016 comporta-se com uma maior constância em suas quantidades, com uma média de 26, uma diferença numérica não muito expressiva. É interessante observar que, se comparando o último mês de cada semestre, em 2015 tem-se uma variedade maior de especialidades reguladas.

Ao analisar as especialidades ofertadas, constatou-se que em ambos os períodos propostos se sobressaíram as demandas por internação nos serviços de ortopedia, na clínica médica e na cirurgia geral, respectivamente.

**Gráfico 2: Percentual das especialidades de maior demanda no primeiro semestre de 2015. Teresina - Piauí, 2016**



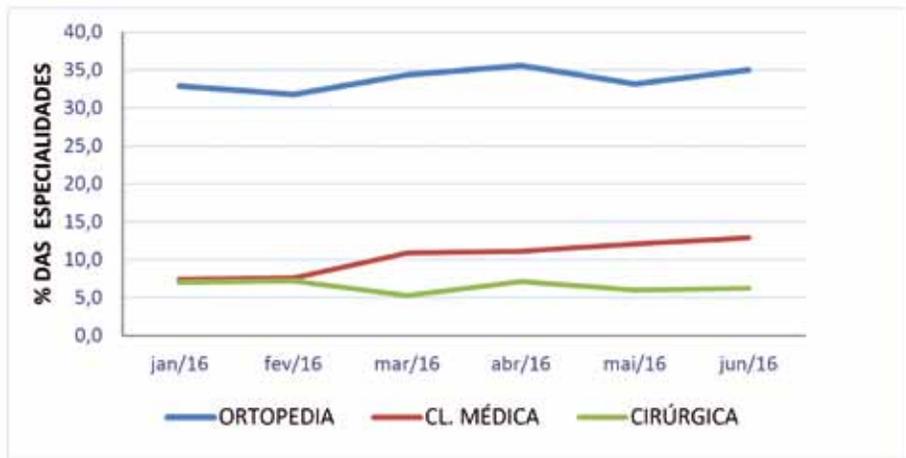
Fonte: elaborado com base nos dados da Cerih (PIAUÍ, 2016)

Percebe-se que há uma diferença percentual entre a ortopedia, que lidera a demanda das especialidades, superior a 30% em ambos os períodos, e a clínica médica, na qual ocorreu um declínio em 2015, com uma reversão deste quantitativo para o mesmo período do ano seguinte. Para a clínica cirúrgica não se observam diferenças significativas em ambos os períodos, com a demanda apresentando percentuais abaixo de 10%.

Em janeiro de 2015, os dados da Central de Regulação do Piauí informaram um quantitativo de dezessete especialidades ofertadas. Até

abril foi possível notar uma elevação nesses números, cujo crescimento foi de 64,7% em relação ao início do ano. Desde então observou-se uma tendência de estabilidade nessa variedade de oferta pelo Serviço de Regulação. Ao fim do primeiro semestre de 2015 foram ofertadas ao todo 31 especialidades, sendo que 21 delas foram para leitos adultos e 10 para leitos infantis, o que corresponde a um aumento de 52,9% em relação à quantidade ofertada em janeiro do mesmo ano.

**Gráfico 3: Percentual das especialidades de maior demanda no primeiro semestre de 2016. Teresina - Piauí, 2016**



Fonte: elaborado com base nos dados da Cerih (PIAUÍ, 2016)

No primeiro semestre de 2016 foram incluídas quatro novas especialidades, totalizando 35 especialidades diferentes ofertadas neste intervalo, o que corresponde a um aumento de 11,42% do período anterior. No entanto, assim como em 2015, as novas especialidades não registraram atendimento durante todos os meses do semestre, o que nos faz perceber no gráfico um quantitativo inferior ao número total. Percebe-se também que os meses de janeiro e fevereiro estiveram com 28 variedades disponíveis, havendo em março uma breve queda para 25, que permaneceu nos demais meses.

É certo que, durante os intervalos estudados, a variedade das ofertas de especialidades passou por transformações que podem ser mais bem compreendidas com a interpretação do seguinte gráfico comparativo:

Esta ‘adequação’ da Central de Regulação da oferta em relação à demanda encontra respaldo na pesquisa de Gawryszewski et al.: “Destaca-se que as centrais de regulação são espaços privilegiados para observação do sistema, podendo realizar ações efetivas e ágeis, facilitando o acesso aos serviços e propiciando um canal sensível para o atendimento das demandas de saúde da população” (2016, p. 119).

Além da análise sobre as especialidades, o estudo também contemplou uma descrição do perfil do usuário, no que se refere à faixa etária e ao sexo, demonstrado nas tabelas a seguir.

**Tabela 1: Percentual de pacientes regulados de acordo com faixa etária no primeiro semestre dos anos de 2015 e 2016. Teresina – Piauí**

ANO FAIXA ETÁRIA	2015	2016
	%	%
< de 01 ano	2,6	2,6
01 A 10 anos	8,9	8,6
11 A 20	11,0	10,5
21 A 30	13,3	10,9
31 A 40	14,7	12,4
41 A 50	10,4	11,0
51 A 60	10,0	12,3
61 A 70	10,1	13,0
71 A 80	9,6	11,0
81 A 90	6,6	6,0
> de 90 anos	0,0	1,1
Não sabe informar	2,8	0,6
<b>TOTAL (%)</b>	100,0	100,0
TOTAL DE REGULAÇÃO	4.516	4.423

Fonte: elaborado com base nos dados da Cerih (PIAUI, 2016)

**Tabela 2: Percentual de pacientes regulados de acordo com sexo no primeiro semestre de 2015 e 2016. Teresina – Piauí**

ANO	2015	2016
SEXO	%	%
MASCULINO	50,3	49,1
FEMININO	36,6	36,2
<b>PEDIATRIA</b>		
MASCULINO	8,0	8,7
FEMININO	5,1	6,0
<b>TOTAL (%)</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
TOTAL DE REGULAÇÃO	4.516	4.423

Fonte: elaborado com base nos dados da Cerih (PIAUÍ, 2016)

Na Tabela 1 observa-se que o maior percentual encontra-se na faixa etária de 31 a 40 anos nos dois períodos. Em relação a tabela 2, verificou-se que os pacientes mais regulados correspondiam ao sexo masculino, talvez, uma hipótese de explicação para isso seja a alta morbidade de homens jovens, como as principais vítimas de acidentes de trânsito e de violência urbana.

**Tabela 3: “Média de dias de permanência” e “Média de pacientes na fila de espera” da Regulação de Internação - Estado do Piauí – 1º semestre de 2015 e 2016.**

ANO	2015		2016	
MESES	Média de dias de permanência	Média de pacientes em fila de espera	Média de dias de permanência	Média de pacientes em fila de espera
JANEIRO	10,2	225,4	8,4	196,9
FEVEREIRO	5,5	134,0	9,1	212,5
MARÇO	3,2	94,4	8,4	199,0
ABRIL	3,4	93,2	8,2	202,8
MAIO	3,9	127,8	8,9	222,8
JUNHO	4,4	109,6	8,0	206,0
<b>TOTAL</b>	<b>5,1</b>	<b>130,7</b>	<b>8,5</b>	<b>206,7</b>

Fonte: elaborado com base nos dados da Cerih (PIAUÍ, 2016)

Em relação à média de permanência (Tabela 3), observou-se um aumento de 66,6% no tempo de espera por um leito de retaguarda (5,1 dias no primeiro semestre de 2015 e 8,5 dias no mesmo período de 2016), concomitante ao acréscimo da média de pacientes na fila de espera, que apresentou um incremento de 58,1% (130,7 pacientes no primeiro semestre de 2015 e 206,7 no mesmo período de 2016). Uma possível explicação para tal fato seria que no ano de 2016 passou-se a regular outras especialidades médicas; além disso, a oferta de leitos destas especialidades não consegue acompanhar a demanda.

Este acréscimo no tempo de espera, apesar do incremento da oferta no Estado do Piauí, pode ser compreendido com base nos resultados encontrados por Gawryszewski et al.: “apesar de os indicadores apontarem crescimento da oferta, ainda se caracterizam como insuficientes para as necessidades apresentadas pela população” (2012, p. 124), que está centrado em dois problemas principais: “(...) na falta de vagas, sendo esta reconhecida como a grande barreira ao acesso, e na falta de recursos de especialidades mais complexas (...)” (p.124-125). Além disso, o autor salienta que “(...) a escassez de recursos existentes na rede do SUS, o que se revela como uma grande barreira ao acesso a ações e serviços necessários ao atendimento das necessidades de saúde da população” (GAWRYSZEWSKI et al., 2012, p.124).

## Conclusão

A regulação de internação no Estado do Piauí ainda está em fase de ampliação e consolidação. Observou-se pelos dados apresentados que há ainda um longo caminho a percorrer. No entanto, os processos regulatórios tendem a tornar mais transparente as internações hospitalares no âmbito do SUS, já que será considerada a prioridade caso a caso, reduzindo a insegurança de usuários e profissionais de saúde que atuam neste sistema, visto que existe a definição dos leitos de retaguarda.

Observamos, por exemplo, que existe uma grande demanda de pacientes da ortopedia, clínica cirúrgica e clínica médica e que o quantita-

tivo de leitos nestas especialidades está abaixo da necessidade, o que gera um tempo elevado na fila de espera. Estes dados demonstram a escassez de leitos de algumas especialidades no SUS, cuja oferta não consegue acompanhar a crescente demanda.

Podemos concluir também que os processos regulatórios são instrumentos de gestão, possibilitando conhecer as deficiências do sistema e as necessidades de serviços. De posse destes dados, é possível reorganizar e melhorar a gestão de leitos do estado, buscando suprir as necessidades de acesso aos serviços hospitalares no SUS.

### Referências Bibliográficas

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, fev-mar. 2012, p. 119-140. Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000100007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000100007&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 12 out. 2016.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**: Título VIII; capítulo II; Seção II: Da Saúde - artigos 196 a 200. Brasília, 1988. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoefederal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoefederal.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2016.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 12 out. 2016.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.142/90**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 12 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS 1.559 de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html)>. Acesso em: 12 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:< [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em: 11 out. 2016.

PIAUI. Secretaria de Saúde do Estado do Piauí (Sesapi). **CIB-PI nº 037/2013**. Aprova o complexo regulador do Estado do Piauí. Teresina, 2013.

PIAUI. Secretaria de Saúde do Estado do Piauí (Sesapi). Central Estadual de Regulação de Internações Hospitalares. **Relatórios do primeiro semestre de 2015 e 2016**. Teresina, 2016.



# Boletim epidemiológico das hepatites virais no Estado do Piauí para os profissionais da Rede Pública de Saúde

Antônio Januário de Oliveira Junior

José Gabriel Gomes de Oliveira

Líliá Ruth Carvalho Sousa

Marcilene Alves de Castro

Maria Teresa da Silva Ferreira

## **Orientação:**

Francisca Miriane de Araújo Batista

Victor Veríssimo Guimarães

Bianca Borges da Silva Leandro

Sergio Munck

## **Apresentação**

As hepatites são doenças causadas por diferentes agentes etiológicos, que se caracterizam pela inflamação das células do fígado, e podem ser causadas, principalmente, por vírus, uso de medicamentos, álcool e outras drogas. Podem levar à insuficiência hepática aguda, cirrose e câncer do fígado, além de outras complicações das formas agudas e crônicas. Elas estão entre as doenças endêmico-epidêmicas que representam problemas importantes de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2003).

As hepatites podem ser agrupadas de acordo com a principal forma de transmissão em: fecal-oral (vírus A) e parenteral (vírus B, C, D). Apesar de esses serem os tipos de vírus mais mencionados, já foram caracterizados, pelo menos, oito tipos de vírus, a saber: A, B, C, D, E, B+C, A+B e A+C.

Os vírus A, B, e C são os responsáveis pela grande maioria das infecções. Entretanto, a despeito do crescente uso de técnicas laboratoriais cada vez mais sensíveis, cerca de 5% a 20% das hepatites agudas perma-

necem sem definição etiológica e, nas hepatites fulminantes, essa porcentagem torna-se ainda maior. A vigilância desses casos pode esclarecer, além das fontes de infecção, as características da doença e os fatores de risco, o que permite o delineamento dos padrões de distribuição das hepatites e a melhor definição das medidas de intervenção mais adequadas (VERONESI, 2007; FERREIRA, 2004).

O Ministério da Saúde incluiu, no ano de 1996, as hepatites virais na Lista de Doenças de Notificação Compulsória no país, situação que continua ativa, como confere a atual Portaria que aponta as doenças e agravos de notificação compulsória - Portaria nº 204 de 17/02/2016 (BRASIL, 2016b). Esse fato determina que a coleta de dados da ocorrência de possíveis casos dessas doenças passa a compor as ações de vigilância em saúde. Os casos notificados tornam-se conhecidos, segundo local de residência, por regiões e unidades federadas do Brasil, independente da data do diagnóstico (FERREIRA, 2004; BRASIL, 2016b).

Dessa forma, este trabalho objetivou elaborar um boletim que descrevesse o padrão epidemiológico das hepatites virais (A, B e C) no Estado do Piauí no período de 05 anos (2011-2015), visando contribuir para a vigilância do agravo no estado.

## Método

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, tendo como base de dados o Sistema Informação de Agravos de Notificação das Hepatites Virais (Sinan), notificadas no período de 2011 a 2015 no Estado do Piauí. No momento de realização do presente estudo, os dados de 2015 estavam em processamento, desse modo, os resultados referentes a esse ano podem ser considerados preliminares.

Neste trabalho, foi pesquisada a ocorrência de notificações de hepatites nos municípios que compõem os territórios de saúde do estado. As variáveis do Sinan analisadas em relação à frequência absoluta e relativa foram: distribuição por Territórios de Saúde, classe etiológica do vírus, faixa-etária, sexo e formas de transmissão da doença. Para o cálculo da

taxa de incidência de cada um dos tipos de vírus usou-se a população estimada pelo IBGE e disponível no portal virtual do Datasus. Os dados foram tabulados por meio do programa Tabwin 4.14 e para a realização da análise estatística descritiva, apresentação gráfica e tabular empregou-se o software Excel 2007.

## Análise dos resultados

### Distribuição por territórios de saúde

O Estado do Piauí é composto por 224 municípios, divididos em onze territórios de desenvolvimento, que são: Carnaubais (Campo Maior), Chapadas das Mangabeiras (Bom Jesus), Cocais (Piripiri), Entre Rios (Teresina), Planícies Litorâneas (Parnaíba), Serra da Capivara (São Raimundo Nonato), Tabuleiros Altos Parnaíba (Uruçuí), Vale do Canindé (Oeiras), Vale do Sambito (Valença), Vale do Rio Guaribas (Picos), Vale do Rio Piauí/Itaueira (Floriano).

Na Tabela 1, pode-se observar a distribuição, em números absolutos, dos casos notificados e confirmados de hepatites virais no Estado do Piauí no período de 2011 a 2015 por territórios de desenvolvimento que correspondem às regionais de saúde do estado. Essa tabela mostra que há uma tendência de queda no número anual de notificações de hepatites virais até 2015. A distribuição por território de saúde mostra que Entre Rios concentra 44,4% de todos os casos dos últimos cinco anos, seguida de Cocais com 14,3% e Vale do Rio Guaribas com 9,2%. Deve-se destacar que Entre Rios é onde há maior oferta de serviços de saúde e onde a vigilância epidemiológica é mais estruturada. Cocais encontra-se entre dois territórios bem estruturados (Entre Rios e Planície Litorânea). Já Vale do Rio Guaribas também é um território que conta com serviços de saúde mais organizados. Sendo assim, são territórios nos quais, devido a uma maior organização e estruturação do serviço de saúde, pode ocorrer uma maior e melhor identificação dos casos.

Apesar do melhor registro nessas regiões, vale ressaltar que a vigilância das hepatites tem enfrentado alguns problemas, como regiões do

estado que não registraram notificações da doença ou, em outras, onde as fichas são preenchidas de forma incompleta ou errônea.

**Tabela 1: Casos confirmados de hepatites virais no Sinan no período de 2011 a 2015 nos territórios de saúde do Piauí por local de residência.**

Região de Saúde	2011	2012	2013	2014	2015(*)	Total absoluto	Total proporcional
Entre Rios	109	123	107	70	86	495	44,4%
Cocais	30	30	28	61	11	160	14,3%
Vale do Rio Guaribas	29	17	13	17	27	103	9,2%
Vale do Rio Piauí/ Itaucira	11	29	23	4	3	70	6,3%
Tabuleiros Altos Parnaíba	14	42	1	1	2	60	5,4%
Canaubais	31	12	10	1	2	56	5,0%
Chapada das Mangabeiras	22	4	6	14	2	48	4,3%
Vale do Sambito	35	4	5	2	1	47	4,2%
Planície Litorânea	6	5	11	9	3	34	3,0%
Serra da Capivara	10	2	12	6	4	34	3,0%
Vale do Canind	3	1	1	3	1	9	0,8%
Total	300	269	217	188	142	1.116	100%

Fonte: Elaborado pelos autores com base no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

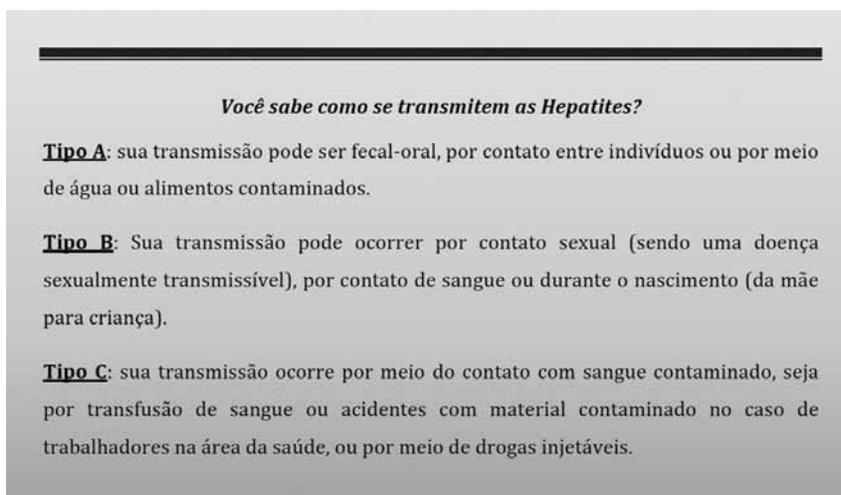
(\*) Dados sujeitos a alteração

### Distribuição etiológica do vírus A, B e C

As hepatites virais são consideradas doenças silenciosas, pois nem sempre apresentam os sintomas de forma clara. Neste trabalho estão sendo descritas em maior detalhamento as dos tipos A, B e C; cada uma delas possui especificidades no que se refere aos meios ou formas de transmissão (Imagem 1). A hepatite A é transmitida por meio fecal-oral, contato entre indivíduos ou por meio de água e alimentos contaminados. A hepatite B tem como principal forma de transmissão o contato sexual, por

isso, é considerada uma doença sexualmente transmissível, além de poder ser transmitida também por meio do contato com sangue contaminado ou durante o nascimento, da mãe para a criança. Já a hepatite C também pode ser transmitida pelo contato com o sangue contaminado, seja por transfusão sanguínea ou acidentes com material contaminado, no caso de trabalhadores da área da saúde, ou por meio de drogas injetáveis.

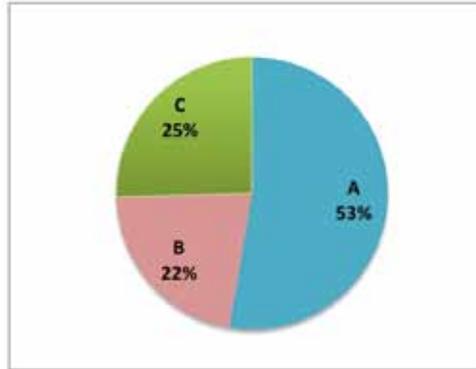
**Imagem 1. Hepatites virais A, B e C e principais meios de transmissão**



Fonte: Elaborada pelos autores

Com base nos dados apresentados no Gráfico 1, nota-se que em todo o período analisado, o maior número de casos foi o da hepatite A, com 53% de todas as notificações, seguido da hepatite C com 25% e, por fim, a hepatite B com 22%.

**Gráfico 1: Distribuição proporcional das hepatites virais A, B e C notificadas do período de 2011 a 2015 no Estado do Piauí**



Fonte: Elaborado pelos autores com base no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Conforme dados fornecidos pelo Sinan entre os anos de 2011 a 2014<sup>1</sup> no Estado do Piauí, observou-se que o número de casos da hepatite A era o mais alto em todo período, tendo uma queda até o ano de 2014, saindo de 209 casos (70% do total), em 2011, para 92 (40% do total) em 2014 (Gráfico 2 e Tabela 2). Tratando-se da taxa de incidência do vírus A, no gráfico 3, também se observa uma queda acentuada de 2011 a 2014, igualando-se às taxas dos vírus B e C ao final do período. Essa queda pode ser justificada pela melhoria de saneamento básico em algumas regiões do estado e a implementação de medidas de higienização em outras (campanha de higiene pessoal, educação e distribuição de filtros). Além disso, houve a implantação do Serviço de Tratamento Assistido (STA), em 2015, no Centro de Hematologia e Hemoterapia do Piauí (Hemopi) que proporcionou a melhoria nas realizações dos exames. Mesmo com esses avanços, não se pode eliminar a possível justificativa das subnotificações de casos.

Tratando-se da hepatite B, observou-se um aumento importante do número de casos de 2011 a 2013 (de 41 para 70), já em 2014, ocorreu uma queda para 52 casos (Tabela 2). Em relação ao tipo C, o padrão foi parecido, tendo aumento de 2011 a 2013 (evoluindo de 50 casos para 65) e, em 2014,

<sup>1</sup>Nesse caso, a análise da evolução temporal da doença foi realizada até 2014, pelo fato de os dados do ano de 2015 ainda estarem sujeitos a alteração.

ocorreu uma queda para 44 casos (Gráfico 1 e Tabela 2). No Gráfico 3, as taxas de incidência do vírus B e C são parecidas, quase igualando-se em 2014. Nesse caso, a justificativa para a melhoria da notificação dessas hepatites pode ser também a criação do STA, melhorando a identificação dos casos, como também as campanhas de informações sobre as hepatites. Apesar disso, os tipos B e C ainda são possivelmente subnotificados, sendo importante que os profissionais de saúde fiquem mais atentos para os rastreamentos dos casos, empregando inclusive o teste rápido.

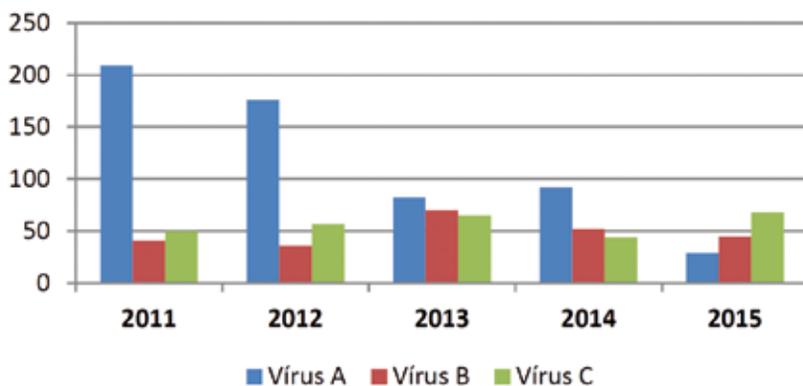
**Tabela 2: Frequência absoluta das notificações de hepatites virais A, B e C por ano no Estado do Piauí de 2011 a 2015**

CLASSE ETIOLÓGICA	2011	2012	2013	2014	2015(*)	TOTAL
Vírus A	209	176	82	92	29	588
Vírus B	41	36	70	52	45	244
Vírus C	50	57	65	44	68	284
Total	300	269	217	188	142	1.116

Fonte: Elaborado pelos autores com base no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

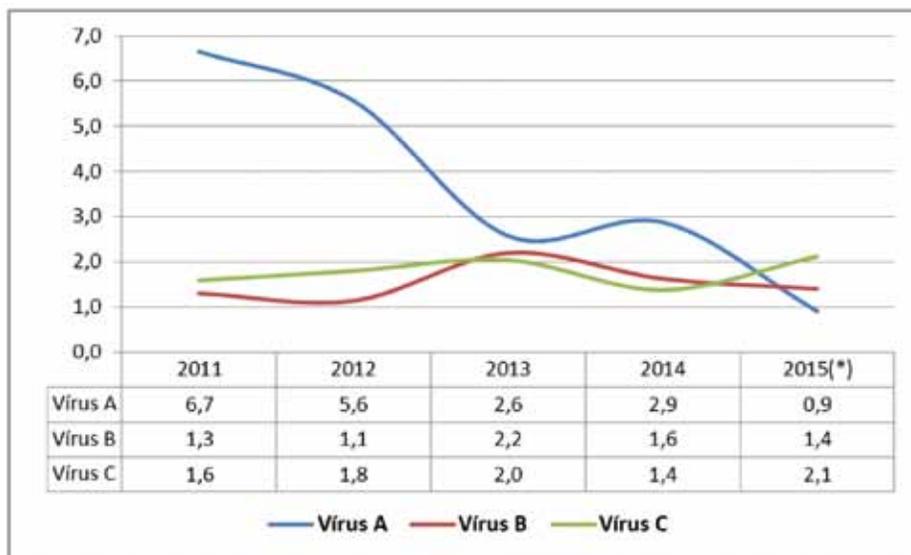
(\*) Dados sujeitos a alteração

**Gráfico 2. Frequência absoluta das notificações de hepatites virais A, B e C de 2011 a 2015 no Piauí**



Fonte: Elaborado pelos autores com base no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

**Gráfico 3. Evolução da taxa de incidência das hepatites virais A, B e C por 100.000 habitantes. Piauí, 2011 a 2015**



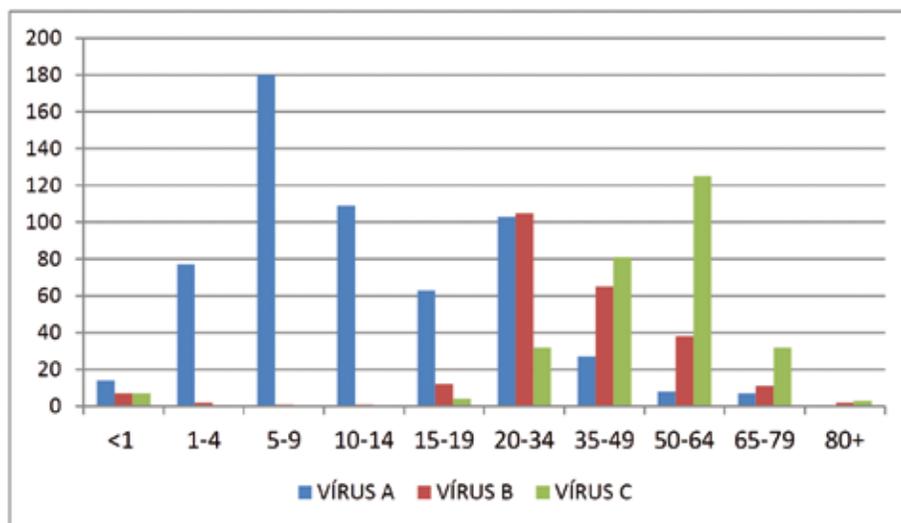
Fonte: Elaborado pelos autores com base no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

(\*) Dados sujeitos a alteração

### Faixa etária

De acordo com a Tabela 03 e Gráfico 04, nota-se a notificação pelo vírus A, de 2011 a 2015, foi maior entre crianças, adolescentes e adultos jovens, sendo mais expressiva na faixa etária de 5 a 9 anos. Já a notificação pelos vírus B e C, também para o mesmo período, esteve mais evidentes entre os adultos jovens, adultos meia-idade e idosos. Entretanto, na faixa etária de 20 a 34, o a infecção pelo vírus tipo B foi mais elevada, diminuindo nas faixas etárias mais altas. Já o a infecção pelo vírus tipo C foi mais presente nas faixas etárias mais envelhecidas com destaque para os indivíduos de 50 a 79 anos.

**Gráfico 4: Distribuição das hepatites virais por faixa etária e etiologia do vírus no Estado do Piauí no quinquênio de 2011 a 2015**



Fonte: Elaborado pelos autores com base no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Esse padrão diferenciado mostra que para cada faixa etária é necessário que os profissionais de saúde pensem em medidas de prevenção específicas para cada segmento populacional etário, levando em consideração o principal vírus em circulação. Por exemplo, no caso do vírus A, nas faixas etárias mais novas pode-se incentivar a vacinação, as campanhas de educação em saúde e as políticas públicas de saneamento básico.

#### Sexo e forma de infecção

De acordo com a Tabela 3, durante o quinquênio estudado, observou-se que a notificação pelo vírus tipo A foi maior no sexo masculino com 53% do que e, no feminino, com 47%. Já o vírus tipo B apresentou-se com uma inversão em relação ao vírus A, estando mais presente entre as mulheres, com 55% dos casos do que entre os homens, com 45%. Neste

caso, pode-se apresentar a transmissão sexual como uma hipótese explicativa, sendo a forma de transmissão mais comum do tipo B, conforme apontamento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) e que também foi, de acordo com a Tabela 4, uma importante forma de infecção entre as mulheres no período. Por fim, ainda analisando a Tabela 3, especificamente em relação ao tipo C, nota-se maior presença no sexo masculino (61%) em relação ao feminino (39%). Desse modo, pode-se destacar que, além do diferencial por grupos etários, há também uma distinção por sexo que deve ser compreendida no processo de rastreamento e de tratamento dos casos.

Para o cenário descrito, aponta-se a necessidade de se intensificar campanhas sobre o uso de preservativos tanto para homens como para mulheres. No caso do tipo C, pode se levantar a hipótese da transmissão de homens que fazem sexo com outros homens (BRASIL, 2016a), a coinfeção pelo HIV (BRASIL, 2016a) e também o uso de drogas injetáveis como mostra a Tabela 4, modo de infecção maior entre os homens quando comparado com as mulheres.

**Tabela 3. Distribuição absoluta e proporcional das notificações de hepatites virais A, B e C do quinquênio de 2011 a 2015 por sexo no Piauí**

Vírus	Sexo		Feminino		TOTAL	
	Masculino		N	%	N	%
Vírus A	313	53	275	47	588	100
Vírus B	110	45	134	55	244	100
Vírus C	173	61	111	39	284	100
<b>TOTAL</b>	<b>596</b>	<b>53</b>	<b>520</b>	<b>47</b>	<b>1116</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pelos autores com base no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Analisando com maior detalhamento a Tabela 4, observa-se que o campo ignorado/em branco é alto em relação aos demais, sendo 34,5% das notificações em todo o período. Algumas explicações podem ser: a omissão por parte do entrevistado em não querer relatar o motivo da infecção e/ou o não preenchimento deste campo por parte dos profissionais de saúde

no formulário do Sinan. No caso dos profissionais de saúde, é relevante destacar que, em alguns casos, não há uma formação adequada para que o profissional preencha a ficha de informação de modo correto, como também uma maior sensibilidade para identificar, com o paciente, a forma de transmissão. A Tabela 4 também indica que, tanto para homens quanto para mulheres, o principal mecanismo de transmissão é por meio de água ou alimento contaminado. Outras formas relevantes de transmissão, tanto para as mulheres como para os homens, são a sexual e a domiciliar.

**Tabela 4. Distribuição absoluta das notificações de hepatites virais do quinquênio de 2011 a 2015 por sexo e mecanismo de infecção no Piauí**

Fonte/Mecanismo de Infecção	Masculino	Feminino	TOTAL
Ignorado Branco	227	158	385
Sexual	37	59	96
Transfusional	10	15	25
Uso de Drogas	15	1	16
Vertical	5	8	13
Acidente de Trabalho	1	1	2
Hemodiálise	0	2	2
Domiciliar	26	22	48
Tratamento Cirúrgico	7	7	14
Tratamento Dentário	4	6	10
Pessoa/pessoa	18	13	31
Alimento Água	226	212	438
Outros	20	16	36
<b>TOTAL</b>	<b>596</b>	<b>520</b>	<b>1.116</b>

Fonte: Elaborado pelos autores com base no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

## Conclusão

A criação do Programa Nacional de Hepatites Virais em 2002 foi importante como uma política pública que objetivou a identificação precoce das hepatites (BRASIL, 2002). Apesar dos dados terem mostrado uma queda do número de casos de 2011 a 2015 no Piauí, o que pode ser positivo para o estado, é necessário levantar a hipótese da possível subnotificação dos casos.

Entre as hepatites virais, a hepatite C, é considerada, pelo Ministério de Saúde, a mais grave, sendo uma importante causa de cirrose e está se tornando um grave problema também para os pacientes de Aids. Neste trabalho, observou-se um aumento gradual dos casos do vírus tipo C, como também em sua respectiva taxa de incidência, o que pode ser resultado da melhora do sistema de notificação. Aponta ainda a necessidade de o sistema de saúde do Piauí se estruturar em termos de assistência para este público e também de planejar medidas de prevenção e controle. De acordo com o Ministério da Saúde: “A detecção precoce e o tratamento adequado dos indivíduos é um dos principais objetivos do Programa Nacional de Hepatites Virais, que prevê o desenvolvimento de ações integradas de prevenção, promoção da saúde, diagnóstico, vigilância epidemiológica e sanitária, acompanhamento e tratamento dos portadores das hepatites virais” (BRASIL, 2008, p. 44).

A prática da notificação de doenças constitui uma atitude fundamental para a melhoria da prestação da assistência à saúde e uma atividade pertinente a todos os profissionais de saúde, tanto de nível médio como superior. Com base nas dificuldades relacionadas à possível subnotificação dos casos ou às inadequações no preenchimento da ficha de notificação, evidenciou-se a necessidade de desenvolver ações de educação permanente com vistas à capacitação dos profissionais da área de saúde no preenchimento correto e completo da ficha de notificação compulsória das hepatites virais.

### Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. **Hepatite C**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-hepatites/hepatite-c>>. Acesso em: 25 out. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204\\_17\\_02\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html)>. Acesso em: 20 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2325/GM, de 8 de dezembro de 2003**. Define a relação de doenças de notificação compulsória para todo território

nacional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2325\\_08\\_12\\_2003.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2325_08_12_2003.html)>. Acesso em: 20 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de Hepatites Virais. **Programa Nacional de Hepatites Virais**: avaliação da assistência às hepatites virais no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao\\_da\\_assistencia\\_hepatites\\_virais\\_no\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_da_assistencia_hepatites_virais_no_brasil.pdf)>. Acesso em: 22 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hepatites virais**: o Brasil está atento. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde) Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hepatites\\_virais\\_brasil\\_atento\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hepatites_virais_brasil_atento_3ed.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2016.

FERREIRA, C. T.; SILVEIRA, T. R. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 473-487, dez. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2004000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2004000400010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 set. 2016.

VERONESI R; FOCACCIA R. **Tratado de infectologia**. 4. ed. São Paulo: Atheneu; 2007.



# Diagnóstico de saúde: Território do Vale do Canindé - Piauí

Andrea de Sousa Vieira Araújo

Edina Maria Pereira Rodrigues

Enos Campos Neto

Íris Lettieri Ribeiro Rocha Nunes

Rita de Cássia Amorim Mota dos Santos

Weidson de Carvalho Lima

## **Orientação:**

Maria de Jesus Dias de Araújo

Flavio Astolpho Vieira Souto Rezende

## **Apresentação**

Este trabalho se propõe a analisar o Território do Vale do Canindé, no Piauí, com base na descrição de indicadores sociodemográficos e de saúde e, assim, caracterizar a situação de saúde deste território e refletir sobre soluções de curto e longo prazo. Para a realização desse objetivo, os indicadores selecionados do Vale do Canindé serão comparados com os indicadores do estado no ano de 2013.

Inicialmente faremos uma pequena descrição do Piauí, uma das 27 unidades federativas do Brasil.

## **O Estado do Piauí**

Localiza-se no noroeste da Região Nordeste, tendo como fronteiras cinco estados: Ceará e Pernambuco a leste, Bahia a sul e sudeste, Tocantins a sudoeste e Maranhão a oeste. Delimitado pelo Oceano Atlântico ao norte, o Piauí tem o menor litoral do Brasil, com 66 km.

Sua área é de 251.611,934 km<sup>2</sup>, e tem uma população de 3.118.360 habitantes, segundo o censo demográfico (IBGE, 2010). A capital e cidade mais populosa do Piauí é Teresina. Outros municípios com população superior a cinquenta mil habitantes são: Parnaíba, Picos, Piripiri e Floriano.

## O processo de construção dos cenários regionais

A construção do Planejamento Participativo Territorial foi consolidada pela Lei Complementar nº 87, de 22 de agosto de 2007 (PIAUI, 2007). O que antes era um conjunto de municípios e a capital do estado, agora são 4 macrorregiões, 11 territórios de desenvolvimento e 28 aglomerados de municípios, totalizando 224 municípios. Essa divisão territorial visa um melhor planejamento e desenvolvimento de forma regionalizada, estimulando a participação das comunidades na implementação e fiscalização das políticas públicas.

De acordo com a perspectiva de Mesquita e Façanha, no documento “A regionalização do Piauí e os territórios do desenvolvimento” (s.d.) são abordadas as particularidades físicas e econômicas de 11 territórios que inicialmente foram denominadas como Territórios de Desenvolvimento Sustentáveis e suas especificidades:

**Planície Litorânea:** Localizada na macrorregião do Litoral e economia destinada a “pesca artesanal, pecuária de leite, turismo, artesanato, agricultura familiar, cerâmica” (PLANAP, 2004, p.21).

**Cocais:** A região dos cocais destaca-se no setor econômico como extrativismo, castanha de caju e agroindústria (PLANAP, 2004, p.23).

**Carnaubais:** O Território dos Carnaubais destaca-se no setor econômico principalmente pela exploração de carnaúba, pecuária e exploração da pedra ornamental.

**Entre Rios:** O Território do Entre Rios está localizado na macrorregião Meio-Norte. Entre os setores determinantes para o seu desenvolvimento está a área de comércio e serviços, principalmente na saúde e educação.

**Vale do Sambito:** O Vale do Sambito, pertencente à macrorregião Semiárida. Com relação a sua base econômica destaca-se a agropecuária, com destaque para a apicultura, ovino e caprinocultura, irrigação de hortícolas e frutas.

**Vale do Rio Guaribas:** Situado na macrorregião do Semiárido, o território apresenta baixos indicadores econômicos e sociais percebe-se o forte desempenho na agropecuária.

**Vale do Canindé:** O Território Vale do Canindé localiza-se na macrorregião do Semiárido. A sua base econômica está apoiada na agri-



Figura 2: Territórios de desenvolvimento da Macrorregião do Semiárido



Fonte: elaborado a partir de  
<<http://www.antigoseplan.pi.gov.br/planejamento.php>> (PIAUI, 2016).

No âmbito da saúde, o estado tem uma regional denominada Vale do Canindé que se encontra na área do semiárido e é formada por 14 municípios, com potencialidades comuns: Bela Vista do Piauí, Cajazeiras do Piauí, Conceição do Canindé, Isaías Coelho, Oeiras, São Francisco de Assis do Piauí, Simplício Mendes, Campinas do Piauí, Colônia do Piauí, Floresta do Piauí, Santa Rosa do Piauí, Santo Inácio do Piauí, São João da Varjota e Tanque do Piauí.

### Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo no qual se selecionaram indicadores demográficos e epidemiológicos, que foram analisados em comparação dos dados do Vale do Canindé com os do Estado do Piauí. As fontes consultadas foram as bases de dados do DATASUS, correspondentes aos Sistemas de Informação de Mortalidade (SIM), de Nascidos Vivos (SINASC), de Agravos de Notificação (SINAN), de Produção

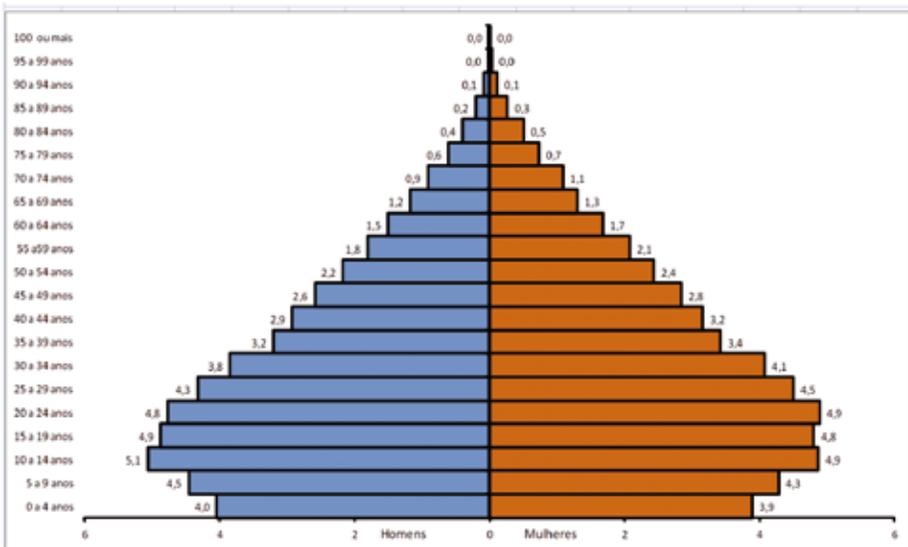
Ambulatorial (SIA) e de Internação Hospitalar (SIH) no ano de 2013, e os dados populacionais do Censo de 2010 do IBGE. Para a tabulação dos dados e cálculo dos indicadores foi empregado o programa Tabnet/DATASUS e o Excel.

## Análise dos resultados

### Estrutura populacional

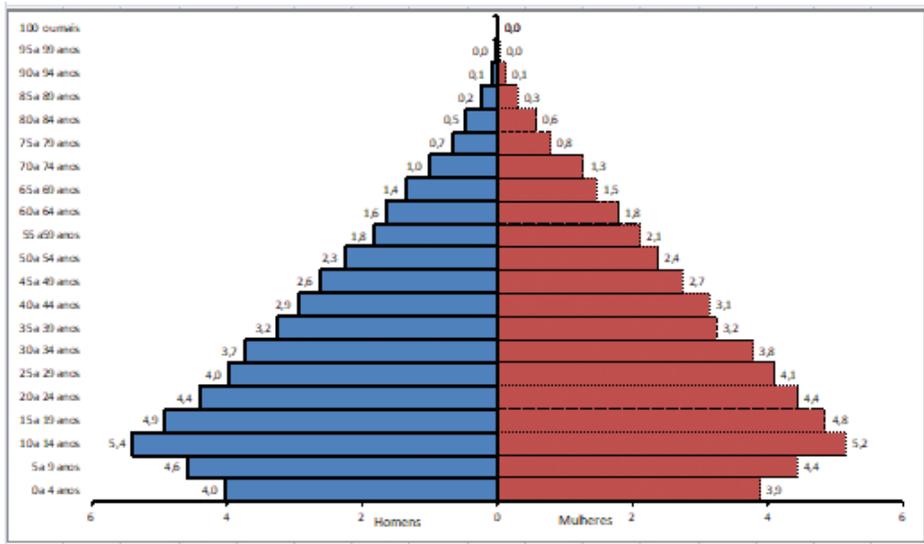
Nota-se que, nas pirâmides populacionais do Piauí e Vale do Canindé, a faixa etária de 10 a 14 anos é a que apresenta o maior valor, sugerindo uma população jovem, sendo mais expressiva no Vale do Canindé. A base da pirâmide mostra um estreitamento, podendo sugerir um número de nascimentos baixo ou, então, altos índices de mortalidade infantil.

**Gráfico 1: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade.**  
Estado do Piauí - 2010



Fonte: elaborado pelos autores com base no Censo Demográfico (IBGE, 2010)

**Gráfico 2: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade. Vale do Canindé (PI) - 2010**



Fonte: elaborado pelos autores com base no Censo Demográfico (IBGE, 2010)

### Razão de Sexo

O indicador Razão de Sexo significa a razão entre homens e mulheres residentes no local estudado. Ele expressa a relação quantitativa entre os sexos. Valores acima de 100 mostram a predominância de homens, o inverso, a de mulheres (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, s/d).

Em 2010, no Piauí, o valor calculado ficou em 96,13 e no Vale do Canindé em 97,71, demonstrando que o número de mulheres é maior do que dos homens nos dois lugares analisados. Esse resultado evidencia a relevância de se estruturar políticas públicas voltadas para a população feminina.

### Razão de Dependência e proporção de idosos

A razão de dependência trata da relação entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade e os de 60 e mais anos<sup>1</sup> de idade) e o segmento etário poten-

cialmente produtivo (entre 15 e 59 anos de idade), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, s/d). Valores elevados indicam que a população em idade produtiva deve sustentar uma grande proporção de dependentes, o que significa consideráveis encargos assistenciais para a sociedade. Em 2010, a razão de dependência no Piauí foi de 59,4 e, no Vale do Canindé, 47,4, conforme se observa a seguir:

**Tabela 1: Razão de dependência, Piauí e Vale do Canindé - 2010**

	Vale do Canindé	Piauí
Dependentes	30.308	1.161.913
População de 15 a 59 anos	63.951	1.956.447
<b>Razão Dependência</b>	<b>47,4</b>	<b>59,4</b>

Fonte: elaborado pelos autores com base no DATASUS, 2016

Além disso, a proporção de idosos em 2010, no Vale do Canindé, foi de 12%, e no estado, 11%. Esses resultados indicam a necessidade de um melhor planejamento na assistência prestada à saúde do idoso, como, por exemplo, por meio de estratégias na Atenção Básica. Além disso, este resultado também aponta para a necessidade de políticas de saúde visando os extremos da pirâmide etária (jovens e idosos).

#### Taxa Bruta de Natalidade

A taxa bruta de natalidade é construída com o número de nascidos vivos em relação à população residente em determinado local. Em geral, altas taxas estão relacionadas a baixas condições socioeconômicas. Em 2013, a taxa bruta de natalidade no Piauí foi de 15 por mil habitantes e no Vale do Canindé, 12 por mil habitantes. Apesar da taxa Piauí ter um valor maior, em ambos os casos analisados observaram-se valores baixos. Para um melhor estudo, teríamos que comparar com outros anos a fim de avaliar a evolução deste resultado e, assim, sugerir políticas públicas voltadas para a saúde materno-infantil.

• **Óbitos no Piauí e Vale do Canindé**

A distribuição de óbitos pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) é uma forma de identificar e conhecer melhor as principais causas de óbitos em uma região. Em 2013, a primeira causa de óbitos no Vale do Canindé foram as doenças do aparelho circulatório (37,76%; 236 óbitos), seguindo o mesmo padrão do estado do Piauí. Além dessa causa, vale destacar que a quinta maior causa de mortalidade proporcional no Vale do Canindé refere-se aos óbitos por infecções parasitárias (5,76%; 36 óbitos), provavelmente devido ao baixo saneamento e precárias condições de vida da população. Acredita-se que com um investimento maior em saneamento básico e atendimento de Atenção Básica esses óbitos por doenças infecciosas devem diminuir.

**Tabela 2: Frequência absoluta e relativa de óbitos segundo os capítulos da CID-10, Vale do Canindé e Piauí, 2013**

Capítulo CID-10	Vale do Canindé		Piauí	
	Total	%	Total	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	36	5,76%	682	3,79%
II. Neoplasias (tumores)	78	12,48%	2394	13,31%
III. Doenças sangue órgãos hematopoéticos e transtornos imunitário	1	0,16%	121	0,67%
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	47	7,52%	1411	7,85%
V. Transtornos mentais e comportamentais	12	1,92%	208	1,16%
VI. Doenças do sistema nervoso	21	3,36%	331	1,84%
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0,00%	4	0,02%
IX. Doenças do aparelho circulatório	236	37,76%	6108	33,96%
X. Doenças do aparelho respiratório	28	4,48%	1520	8,45%
XI. Doenças do aparelho digestivo	29	4,64%	863	4,80%
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	0,16%	50	0,28%
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	5	0,80%	75	0,42%

<b>XIV. Doenças do aparelho geniturinário</b>	11	1,76%	283	1,57%
<b>XV. Gravidez, parto e puerpério</b>	3	0,48%	50	0,28%
<b>XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal</b>	15	2,40%	490	2,72%
<b>XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas</b>	4	0,64%	199	1,11%
<b>XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório</b>	35	5,60%	830	4,61%
<b>XX. Causas externas de morbidade e mortalidade</b>	63	10,08%	2366	13,16%
<b>Total</b>	<b>625</b>		<b>17985</b>	

Fonte: elaborado pelos autores com base no SIM (DATASUS, 2013a)

### Taxa Bruta de Mortalidade Geral

A taxa bruta de mortalidade geral trata da relação entre o número total de óbitos e a população em determinado espaço geográfico e momento específico. O valor desse indicador para o Vale do Canindé foi de 5,98 por mil habitantes, apresentando-se maior que o do Piauí (5,65 por mil habitantes). Sugere-se uma melhor verificação dos dados coletados para se obter uma análise mais qualificada, tendo em vista uma possível subnotificação de óbitos no estado. Dessa forma será possível elaborar um melhor planejamento para diminuir esse índice.

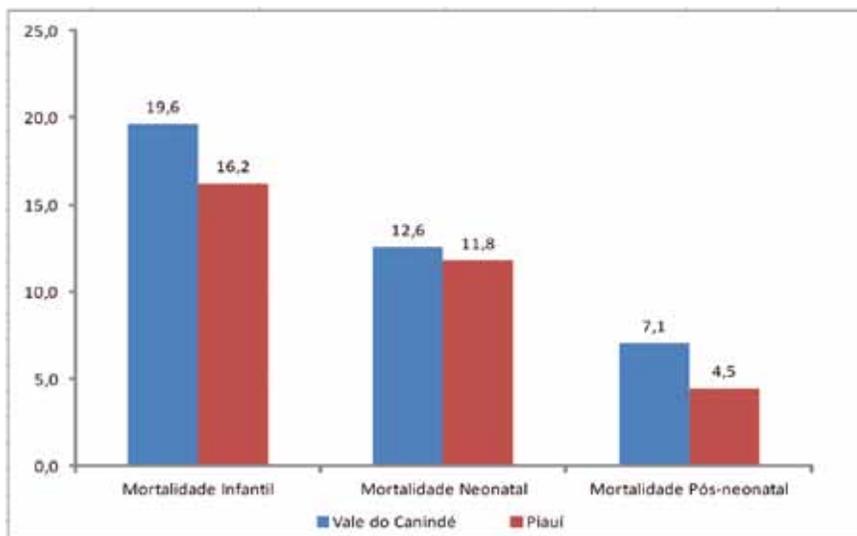
### Taxa de Mortalidade Infantil e seus componentes

A taxa de mortalidade infantil representa o risco de uma criança morrer antes de completar um ano de idade, trata-se da relação entre o número de óbitos de menores de um ano de idade em relação aos nascidos vivos em determinado espaço geográfico e tempo determinado. Pode ser dividida em dois grandes componentes: mortalidade infantil neonatal (0 até 28 dias) e pós-neonatal (28 a 364 dias). (BRASIL, 2014)

Para o ano de 2013, nota-se, com os dados abaixo, uma deficiência na assistência ao parto, já que a taxa de mortalidade neonatal (menor de 28 dias) está mais alta no território do Vale do Canindé. Isto indica a necessidade de

um trabalho mais intenso voltado para assistência neonatal e infantil especializada, melhorias no pré-natal e ao parto, mais preocupante no Vale do Canindé do que no estado.

**Gráfico 3: Taxas de mortalidade infantil; neonatal e pós-neonatal. Piauí e vale do Canindé - 2013**



Fonte: elaborado pelos autores com base no SIM (DATASUS, 2013a) e SINASC (DATASUS, 2013b)

## Nascimentos no Piauí e Vale do Canindé

### Taxa de parto cesáreo

A taxa de parto cesáreo corresponde à relação entre o número total de partos cesáreos e o total de partos (normais e cesáreos) realizados. O Ministério da Saúde vem trabalhando para redução do indicador relacionado ao parto cesário, e a Portaria nº 306 de 28 de março de 2016 (BRASIL, 2016) situa a taxa de referência para partos cirúrgicos ajustada para as condições brasileiras entre 25% e 30%. Em 2013, no Vale do Canindé, essa taxa foi de 53,2% e, no Piauí, 52%, em ambos os casos esta taxa foi elevada e fora do recomendado. Comparando os dois, pode-se verificar ainda que o Vale do Canindé conta com um resultado mais elevado. A fim de subsidiar ações específicas de saúde da mulher e da criança nesse território, faz-se

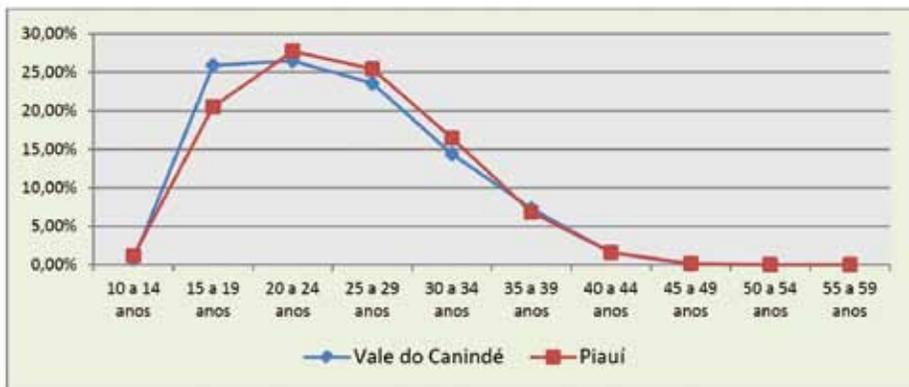
necessário analisar em profundidade este indicador para saber quais municípios são responsáveis por influenciar o alto valor, conhecendo também os motivos para a indicação do parto cesáreo.

#### Idade da mãe e proporção de nascidos vivos com baixo peso

Em relação à idade da mãe, verifica-se por meio do gráfico a seguir que o maior número de nascimentos no Vale do Canindé ocorre entre os 15 a 19 anos da mãe, enquanto que no Estado do Piauí ocorre dos 20 aos 24. A baixa idade materna pode estar associada a condições de risco para o recém-nascido, tais como a prematuridade e o baixo peso ao nascer, que tendem a ser mais frequentes nos nascidos de mães adolescentes, como ocorre nesta região. Para minimizar a frequência da gravidez precoce em adolescentes, devem ser oferecidos subsídios para o planejamento de ações e políticas públicas para o território.

Consideram-se nascidos vivos com baixo peso os que nascem com menos de 2.500g. Para o ano de 2013, observou-se que o percentual de nascidos vivos com baixo peso esteve maior no Vale de Canindé (8,8%) em relação ao estado (7,6%). Essas proporções estão associadas, em geral, a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e de assistência materno-infantil, principalmente pré-natal e planejamento familiar.

**Gráfico 4: Proporção de nascidos vivos segundo idade da mãe, Vale do Canindé e Piauí, 2013**



Fonte: elaborado pelos autores com base no SINASC (DATASUS, 2013b)

### Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal

Esse indicador trata-se do percentual de nascidos vivos de mães residentes que fizeram sete ou mais consultas de pré-natal, em determinado local e período, em relação ao total de nascidos vivos de mães residentes. Em 2013, a proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas pré-natal foi maior no Vale do Canindé (52,2%) em relação ao estado (50,2%). Este índice reflete a atuação da Atenção Básica junto à gestante, estimulando a realização do pré-natal.

### Indicadores relacionados à assistência e produção dos serviços

#### Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica

Este indicador corresponde à relação entre as internações por condições sensíveis à Atenção Básica e todas as internações clínicas de residentes em um determinado local e em um período específico. Trata-se de um indicador que tem como objetivo o aprimoramento das ações de resolutividade na Atenção Básica, por meio da identificação de áreas passíveis de melhorias e melhor organização entre os níveis assistenciais. Ele usa como base de causas a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica, publicada pelo Ministério da Saúde em 2008, mediante a Portaria nº 221 (BRASIL, 2008).

Em 2013, observou-se um valor elevado tanto no Vale do Canindé (49,8%) quanto no Estado (43,9%), mostrando que a Atenção Básica tem que ser melhor trabalhada e, com isso, reduzir este número de internações, redimensionando o custo da assistência no sistema de saúde.

#### Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)

Este indicador corresponde ao somatório do número de óbitos registrados nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio de residentes pagas pelo SUS, em determinado local e período, dividido pelo somatório de todas as internações por Infarto Agudo do Miocárdio pagas pelo

SUS. Trata-se de outro indicador relacionado ao atendimento prestado na Atenção Básica, neste caso nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e de pronto socorros. Essa proporção avalia não só a linha de cuidado pelos serviços de saúde, como também o acompanhamento da hipertensão arterial realizada pela Atenção Básica.

De acordo com os resultados apresentados em 2013, sugere-se um estudo melhor da coleta de dados no Vale do Canindé por apresentar dados tão baixos (3,5%) em relação ao estado (16,5%). Supõe-se a subnotificação dos casos de internação e óbitos e sugere-se melhoria no Sistema de Saúde com a estruturação de equipamentos e profissionais qualificados para uma melhor assistência ao paciente, tanto na Atenção Básica como nas unidades de referência.

#### Razão de exames citopatológicos do colo do útero

Para refletir sobre o acesso aos exames citopatológicos, foi calculada a razão de exames do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária. Este indicador expressa a produção de exames citopatológicos do colo do útero para a população alvo do rastreamento do câncer do colo do útero (população feminina de 25 a 59 anos) e, aproximadamente, a cobertura relacionada a esse tipo de exame.

Em 2013, observou-se um valor muito baixo, tanto no Vale do Canindé quanto no Piauí, sendo que no Vale do Canindé (0,62) é pouco menor que no estado (0,73). Esses valores sugerem a necessidade de ampliar a cobertura de exames citopatológicos e também a realização de busca ativa das mulheres com a faixa etária de 25 a 64 anos a cada três anos.

#### Razão de exames de mamografia

Para refletir sobre o acesso aos exames de mamografia, foi calculada a razão de exames de mamografias de rastreamento realizadas em mulheres de 50 a 69 anos e a população da mesma faixa etária. Este indicador permite conhecer o número de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos, possibilitando identificar desigualdades no acesso.

Em 2013, observou-se que a razão dos exames de mamografia, que é usada para medir o acesso e a capacidade de captação dessas mulheres, é baixa tanto no Vale do Canindé (0,06) quanto no Piauí (0,20). Para o mesmo ano em análise, o Vale do Canindé possuía apenas um mamógrafo, enquanto o estado contava com 33, sem conseguir suprir a demanda. Desse modo, deve-se investir em infraestrutura, qualificação de profissionais de saúde e equipamentos, descentralizando esse serviço.

#### Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade

A existência de casos de sífilis congênita em menores de 1 ano expressa a qualidade do pré-natal, tendo em vista que este adoecimento pode ser diagnosticado e tratado ao longo do período de gestação. Observou-se que no ano de 2013 houve apenas um caso novo de sífilis no Vale do Canindé. Esse valor sugere a ocorrência de subnotificação dos casos em relação ao conjunto do estado, que apresentou 126 casos. Recomenda-se que, para diminuir esta subnotificação, seja realizada a melhoria na Atenção Básica, um melhor acompanhamento nos exames no pré-natal e a busca ativa das mulheres e companheiros com o resultado do teste VDRL positivo.

#### Cobertura vacinal da BCG, Poliomielite, Pentavalente e Tríplice Viral

A imunização da população é fator importante para redução de agravos e doenças. Sabendo-se que o Programa Nacional de Imunizações (PNI) preconiza uma meta para cobertura de vacinação do público com BCG igual a 90% e com as demais igual a 95%, observa-se, conforme apontam os dados abaixo, que tanto no estado quanto no Vale do Canindé não foram atingidas metas para as vacinas Penta e Poliomielite. Em relação à vacina Tríplice Viral, observaram-se resultados superiores a 100% no estado e no Vale do Canindé, podendo ser ocasionado pela migração de pessoas de outras regiões/estados. Além disso, no Vale do Canindé não houve também cobertura adequada para a vacina BCG, mostrando que devem ser intensificadas as ações no Programa de Imunizações.

**Gráfico 5: Cobertura vacinal da BCG, Poliomielite, Pentavalente e Tríplice Viral, Piauí e Vale do Canindé, 2013**

Território	BCG (%)	Penta (%)	Poliomielite (%)	Tríplice ViralD1 (%)
Piauí	96,50	90,16	93,06	102,35
Vale do Canindé	75,61	88,49	87,41	101,22

Fonte: elaborado pelos autores com base no SI-PNI (DATASUS, 2013c)

## Conclusão

A análise da situação de saúde busca entender as relações entre saúde, condições de vida e acesso aos serviços, delimitando desta forma o perfil de problemas e necessidades de uma população específica. Para esta breve análise sobre o território do Vale do Canindé foi empregada uma série de indicadores comparando os resultados desta região de saúde, com os resultados relativos ao Estado do Piauí.

Segundo os indicadores apresentados, tanto o estado quanto o território abordado apresentam uma população predominantemente de mulheres em quase todas as faixas etárias. Notou-se, na base da pirâmide do Vale do Canindé, uma diminuição no número de nascimentos, que acarretará, no futuro, um aumento na proporção da população idosa.

No território, verificou-se a existência de um número maior de mulheres em relação à quantidade de homens. Ao se comparar com o estado, enfatiza-se a necessidade de políticas públicas voltadas para o atendimento às mulheres em todas as fases de vida. Observou-se, também, uma elevada proporção de nascidos vivos de mães adolescentes.

Outro indicador que se encontra alto é o de mortalidade infantil e seus componentes, principalmente a neonatal, indicando problemas no atendimento ao pré-natal e parto.

Conclui-se que, por meio dos indicadores selecionados, a saúde da mulher e da criança necessita de políticas de curto e médio prazo, para diminuir ou melhorar os indicadores relativos à saúde materno-infantil. Nesse sentido, se faz necessária uma melhor estruturação do sistema de saúde com unidades de Atenção Básica e profissionais mais qualificados, agentes

de saúde em número suficiente e capacitados, e serviços funcionando (mamografia e laboratório de citologia). Ações como estas poderão diminuir os agravos neste território e melhorar a qualidade de vida da população.

Por fim, salienta-se que, sem um sistema de informação em saúde, com uma coleta de dados confiável e sua correta digitação, não se pode analisar nem produzir indicadores fidedignos que permitam um planejamento adequado.

## Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013-2015**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_diretrizes\\_objetivos\\_2013\\_2015\\_2edicao.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015_2edicao.pdf)>. Acesso em: 28 set. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008**. Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 306**, de 28 de março de 2016. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

DATASUS: Departamento de Informática do SUS. **População residente**: Piauí. Brasília, DF: DATASUS/Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poppi.def>>. Acesso em: 25 set. 2016.

DATASUS. SIM: Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Mortalidade**: Piauí. Brasília, DF: DATASUS/Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10pi.def>>. Acesso em: 27 set. 2016.

DATASUS. SINASC: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Nascidos vivos**: Piauí. Brasília, DF: DATASUS/Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvpi.def>>. Acesso em: 27 set. 2016.

DATASUS. SI-PNI: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. **Imunizações**: cobertura: Brasil. Brasília, DF: DATASUS/Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd\\_pni/cpnibr.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def)>. Acesso em: 27 set. 2016.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acessado em: 28 set. 2016.

MESQUITA, R.; FAÇANHA, A. **A regionalização do Piauí e os territórios do desenvolvimento**. s/d. Disponível em: <<https://studylibpt.com/doc/1416632/a-regionaliza%C3%A7%C3%A3o-do-piau%C3%AD-e-os-territ%C3%B3rios-do-desenvolvim>>. Acesso em: 27 set. 2016.

PIAUI. **Lei Complementar Nº 87 de 22/08/2007**. Estabelece o Planejamento Participativo Territorial para o Desenvolvimento Sustentável do Estado do Piauí e dá outras providências. Teresina, 2007. Disponível em: <<http://legislacao.pi.gov.br/legislacao/default/ato/13144>>. Acesso em: 28 set. 2016

PIAUI. Secretaria do Planejamento do Estado do Piauí. **Planejamento participativo: mapa dos territórios**. 2016. Disponível em: <<http://www.antigoseplan.pi.gov.br/territorio.php>>. Acesso em: 27/09/2016

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Fichas IDB: A.2**. s/d Disponível em: <[http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/pdf/ficha\\_A.2.pdf&ved=2ahUKEwjWzd-A](http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/pdf/ficha_A.2.pdf&ved=2ahUKEwjWzd-A)>. Acessado em: 28 set. 2016.



## Considerações Finais

Esta publicação teve por objetivo apresentar a visão dos alunos, profissionais dos serviços de saúde do SUS, que participaram do Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde – Cetris Piauí, sobre o campo e a prática laboral dos mesmos na área de Informações e Registros em Saúde.

Com base nas análises e diagnósticos dos setores de atuação desses trabalhadores, chegou-se a uma aproximação da realidade local sobre os acervos arquivísticos e a situação de saúde no Estado do Piauí. Foi possível observar como a Gestão de Documentos em Saúde vem sendo implantada nas unidades de saúde, com todos os desafios e avanços nesse cenário, que vão desde a falta da infraestrutura adequada para a implementação de novos parâmetros e tecnologias; ao problema do armazenamento das documentações, com o acelerado crescimento de sua massa, em razão da elevada quantidade de atendimentos realizados pelas instituições de saúde; e ao número reduzido de profissionais para desempenhar determinadas funções, por vezes sem formação adequada. Contudo, os trabalhos aqui relatados demonstram a percepção da importância e da valorização dos profissionais no que tange à coleta e registros dos dados, atividade essencial dentro do sistema de saúde.

Verificou-se, igualmente, a complexidade e o papel estratégico das informações em saúde na tomada de decisão e implementação de políticas públicas, por meio da regulação, da fiscalização e controle dos serviços e ações de saúde. Observou-se, ainda, a importância da disseminação e publicização das análises de dados coletados pelos sistemas de informações em saúde, pois a ausência da veiculação correta, ágil e acessível da informação a todos, reduz as possibilidades de democratização do conhecimento e bem-estar da população.

A elaboração dos Trabalhos de Conclusão de Curso, como também a atuação dos profissionais, contribuiu para a análise da situação de saúde local e na reflexão do processo formativo em saúde no Brasil. Principalmente no que se refere à constante busca pela formação de trabalhadores na

perspectiva da construção de um diálogo problematizador e pela valorização do perfil profissional e do campo das Informações e Registros em Saúde.

A compreensão da área de trabalho e a análise dos processos internos do ambiente laboral, de forma mais ampla, mostraram-se como passos significativos diante dos cenários encontrados. Desse modo, os trabalhadores não são apenas reprodutores de um determinado serviço, mas podem se constituir como agentes transformadores, isto é, com desenvolvimento de visão crítica, no que diz respeito ao estabelecimento de saúde e às condições adversas ali apresentadas.

Trata-se de profissionais que, por vezes, são colocados à margem, no âmbito do próprio sistema de saúde, não sendo reconhecidos com identidade em suas funções. Ora vistos como trabalhadores dos Serviços de Arquivos, com perfil que se aproxima dos técnicos de arquivo, ora percebidos como agentes da vigilância epidemiológica ou da vigilância em saúde, considerados, equivocadamente, como ‘preenchedores de fichas’. Em uma versão mais *high-tech*, podem ser vistos como digitadores, realizando somente a coleta dos dados, sem a devida consolidação, crítica e análise dos mesmos.

Deve-se destacar que o papel dos trabalhadores da área de Informações e Registros em Saúde não difere tanto de outros grupos profissionais, pois também sofre pressões dos próprios serviços de saúde, que demandam força de trabalho específica para determinadas funções, consideradas estratégicas para o sistema de saúde. No caso dessa experiência de qualificação de trabalhadores do SUS, verifica-se que a ação desses profissionais tem se mostrado fundamental para a organização do processo de trabalho na área, a preservação dos acervos documentais e o funcionamento adequado dos sistemas de informações.

Contudo, ainda há pouca oferta de cursos como o que foi aqui tratado, apesar de seus conteúdos serem considerados estratégicos. Essa constatação, associada à inexistência de regulamentações acerca deste campo, não consolidou uma identidade e perfil profissional. Como a re-

alização de atividades na área independe de uma formação pré-existente, verifica-se, na maioria das vezes, que o reconhecimento e a experiência são adquiridos na prática cotidiana dos serviços de saúde. Nesse contexto, a baixa valorização do processo de trabalho desses profissionais enfatiza, muitas vezes, a sua invisibilidade.

A dificuldade de se perceberem como partes integrantes ao lugar que ocupam, com pouca autonomia, e, por vezes, sem se reconhecerem com uma identidade profissional, são características inerentes ao cotidiano destes trabalhadores e se constituem em grande desafio para a formação dos mesmos. Neste sentido, as ações educativas que visavam à aproximação, aos vínculos e diálogos sobre as suas práticas laborais, bem como a sua valorização e a da área de Informações e Registros em Saúde, foram objetivos perseguidos na formação desses trabalhadores e alunos do Cetriz Piauí. Um processo de ensino-aprendizagem com o intuito de estimular os profissionais a aprofundar a reflexão e compreender melhor a sua participação no interior do SUS com suas complexidades políticas, econômicas, culturais e sociais.



# ANEXO



# PLANO DE CURSO

## Curso de Qualificação Profissional em Registros e Informações em Saúde para Trabalhadores de Nível Médio do SUS - PIAUÍ (240 horas)

Vice-presidência de Ensino, Informação e Comunicação da Fiocruz  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde  
Escritório Regional da Fiocruz - Piauí  
Secretaria Estadual de Saúde do Piauí

Maio de 2016

## Objetivos

### a) Objetivo geral

Qualificar profissionais do SUS para desenvolver a capacidade de análise e intervenção na organização e/ou reorganização dos serviços de Registros e Informações em Saúde, visando à melhoria do sistema de saúde.

### b) Objetivos específicos

- Compreender os conceitos de Registro, Informação, Saúde, Informação em Saúde e a potencialidade dos Sistemas de Informações em Saúde.
- Compreender a importância do planejamento com vistas à garantia da qualidade do Serviço de Registros e Informações em Saúde
- Utilizar os Registros e as Informações em Saúde para o planejamento e a avaliação das ações e serviços de Saúde.
- Compreender a importância do prontuário para o sistema de saúde e como fonte de dados.
- Elaborar normas e rotinas de trabalho na (re)organização dos Serviços de Registros e Informações em Saúde
- Fornecer elementos teóricos capazes de permitir ao profissional a construção, uso e análise de indicadores de saúde.
- Contextualizar os Sistemas Nacionais de Informações com os princípios e as diretrizes do SUS.
- Refletir e compreender o seu processo de trabalho a fim de contribuir na construção e implementação dos sistemas de Informações em Saúde e suas relações com as ações de saúde.

## Público alvo

O público alvo do Curso de Qualificação é composto pelos profissionais do SUS das esferas municipal, estadual e federal do Estado do Piauí, com a escolaridade mínima equivalente ao ensino médio, cujas atividades utilizam informações e registros em saúde visando o aperfeiçoamento da atenção e da gestão das ações em saúde. Uma turma poderá ter até 35 (trinta e cinco) vagas, e a mesma poderá ser implementada em polos regionais, a critério da Fiocruz-PI e Secretaria Estadual de Saúde do Piauí.

## Unidades curriculares: carga horária, duração e matriz dos componentes curriculares

O curso, desenvolvido ao longo de um semestre, será realizado em 5 eixos articulados mensalmente, cada um deles com carga horária de 48 horas, referente às aulas teórico-práticas; realização de atividades de trabalho online dos módulos (período de dispersão); e realização de seminários para a estruturação dos trabalhos de conclusão de curso. Totalizando, então, 240 horas. Haverá também oficinas de organização, visando articular as equipes docentes e de coordenação, no que se refere às condições necessárias para implantação do curso.

O programa do curso será desenvolvido em aulas presenciais, teórico-práticas, relacionando Saúde-Informação-Registros em Saúde. Nos momentos de dispersão entre os módulos, poderão ser utilizadas ferramentas de educação online.

Componentes Curriculares	Carga Horária	Datas previstas
<b>Eixo I: Políticas Públicas e Planejamento em Saúde</b> 1. Abertura/Aula inaugural. 2. Introdução às Políticas de Saúde no Brasil. 3. Política Nacional de Informação e de Informática do SUS. 4. Planejamento em Saúde. 5. Orientação e realização das atividades do Módulo.	48h	27/06 a 01/07
<b>Eixo II: Organização do Processo de Trabalho em Registros de Saúde</b> 1. Os registros e informações em saúde nos diferentes tipos de unidades de saúde. 2. O Prontuário do Paciente, as fichas, os formulários e os boletins de atendimento. 3. Aspectos éticos e legais relacionados com os Registros e Informações em Saúde. 4. Novas Tecnologias de Informação em Saúde: Registro Eletrônico em Saúde e Prontuário Eletrônico do Paciente. 5. Orientação e realização das atividades do Módulo.	48h	25/07 a 29/07
<b>Eixo III: Análise da Situação de Saúde</b> 1. Noções de Estatística Descritiva. 2. Introdução à Demografia em Saúde. 3. Noções básicas de Epidemiologia. 4. Uso das ferramentas epidemiológicas para análises da situação de saúde; Formulários de vigilância epidemiológica. 5. Indicadores de Saúde. 6. Orientação e realização das atividades do Módulo.	48h	29/08 a 02/09
<b>Eixo IV: Sistemas de Informações em Saúde</b> 1. Conceitos básicos e processo de produção das Informações em Saúde. 2. Principais Sistemas de Informações em Saúde (CNES, SIH/SUS, SIA/SUS, SigTAP, SISRCA, SISPACTO, SIM, SINASC, SINAN, SISVAN, SISPreNatal, e-SUS-AB, GIL, GAL, HÓRUS, SI-PNI). 3. Noções de Informática. 4. Ferramentas de tabulação. Tabnet. 5. Orientação e realização das atividades do Módulo.	48h	26/09 a 30/09
<b>Eixo V: Seminários de elaboração do TCC</b> 1. Seminários de elaboração dos TCCs. 2. Atividades com orientadores locais. 3. Apresentação dos TCCs; 4. Avaliação e Encerramento do Curso.	48h	24/10 a 28/10
<b>Total do Curso</b>	<b>240h</b>	







Este livro foi impresso pela Editora e Papéis Nova Aliança Eirelli EPP, para a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, em março de 2019.

Utilizaram-se as fontes Garamond e Scala Sans na composição, papel pólen bold 70g/m<sup>2</sup> no miolo e cartão supremo 250g/m<sup>2</sup> na capa.