

# INCORPORATION OF THE ELECTRONIC HEALTH RECORD IN PRIMARY HEALTH CARE: ADVANCES AND DIFFICULTIES IN APPLYING INFORMATION TECHNOLOGY

Marília Gava

[marilia.gava@saude.gov.br](mailto:marilia.gava@saude.gov.br)

Ministério da Saúde do Brasil - Departamento de Informação e Informática do SUS (Datusus)

Brasília – Distrito Federal (DF), Brasil.

Eduardo Mota

[emota@ufba.br](mailto:emota@ufba.br)

Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia

Salvador – Bahia (BA), Brasil.

**Palavras-chave:** *Registro Eletrônico de Dados em Saúde, Atenção Básica, Cartão SUS.*

**Key words:** *Electronic Health Records, Primary Care Health, SUS Card.*

## I – Introdução

A análise dos processos de trabalho em saúde é um meio pelo qual se pode avaliar a incorporação de tecnologia da informação, cujos avanços e dificuldades interagem com a realidade em que se inserem.

No Brasil, os registros de dados do Sistema Único de Saúde (SUS), alimentam os sistemas de informação, que seguem a lógica administrativa predominante, herdada de conceitos, processos e práticas remanescentes da predominância do modelo assistencial hospitalar curativo implantada pelo Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), até o início dos anos 90. Atualmente, o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde no mundo, cujo princípio da universalidade do atendimento gratuito atinge, na prática, entre 100 e 120 milhões, isto é, 60 a 70% do total da população, genericamente considerada “SUS dependente”.

Os sistemas de informação são construídos pelas necessidades de monitoramento das situações de saúde, controle da produtividade e repasse de recurso financeiro (Mota e Carvalho, 2003: 605) das complexas e inúmeras ações e eventos em saúde. Cada qual é definido por normas administrativas, pela gestão e pelas políticas de saúde, muitas vezes distantes das necessidades dos serviços de saúde.

O processo de captura de dados pelo trabalhador nesses serviços segue a lógica centralizada, desorganizada, fragmentada (Moraes, 2002: 56-7, 72), repetitiva, sujeita a erros e vieses, com pouca racionalidade, cujos processos de trabalho modificam-se para adequar às definições alheias às necessidades locais. Os dados raramente retornam ou são discutidos com o profissional de saúde, distanciando-o de seu papel de sujeito da sua ação. Além disso, pouco se conhece sobre a utilização da informação para definir programação e organização dos serviços de saúde.

O registro de dados na atenção básica do SUS é comumente feito através de anotações manuscritas em formulários específicos. Depois são digitados, geralmente em instância centralizada no município, onde são consolidados os relatórios de informação e encaminhados aos estados e ao Ministério da Saúde (MS). Nesse processo, o paradigma do registro de dados é distante do paradigma dos usos da informação.

Um dos desafios para esse cenário é a busca de uma tecnologia da informação que venha reorientar os processos, aproximar os registros dos usos, que contribua com a democratização da informação e da comunicação, com a integração e a modernização dos sistemas de informação. A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), em implementação pelo Datasus, no MS, vai de encontro a essa preocupação, segundo a diretriz do registro eletrônico dos eventos e/ou ações de saúde (Brasil, 2003: 15), cujo conceito está aplicado ao projeto piloto do Sistema Cartão de Saúde (SCNS).

O SCNS é uma experiência concreta de captura eletrônica de dados informatizada pelo Terminal de Atendimento do SUS (TAS), equipamento onde o profissional digita os dados no momento que realiza o atendimento, em qualquer situação de encontro do usuário do sistema com o profissional de saúde, vinculando-os à identificação unívoca. Essa incorporação de tecnologia representa uma inovação especialmente para a atenção básica, cujas experiências ainda são incipientes e de iniciativas localizadas.

A implantação do SCNS nos quarenta e quatro municípios pilotos foi heterogênea, reflexo dos avanços e dificuldades, o que deve ser avaliado, para subsidiar e orientar as práticas de uma expansão do registro eletrônico de dados em serviços de saúde no país, qualquer seja o aplicativo colocado em operação.

Neste estudo, pretende-se focalizar a avaliação dos aspectos da transformação e da organização do trabalho que repercutiram sobre o profissional de saúde, especialmente pela tendência de se relacionar às dificuldades, a falta de adesão dos profissionais em capturarem dados pelo TAS. A transformação do processo de trabalho pelo registro eletrônico de dados explicita conflitos relacionados à mudança da rotina adquirida em anos de trabalho, culturalmente enraizada nas práticas profissionais e, supostamente, estão relacionados à resistência do registro de dados para o SCNS.

## **II – Metodologia**

Optou-se por estudar situações de captura de dados para os sistemas de informação em saúde, comparando-se dois cenários: com e sem o uso do Terminal de Atendimento do SUS (TAS) nos serviços básicos de saúde, definidos de acordo com as cidades escolhidas para a realização da pesquisa.

O método baseou-se em estudo da opinião dos profissionais de saúde da atenção básica que realizam atividades de captura de dados para os sistemas de informação. Para representar o município com o Sistema Cartão Nacional de Saúde (SCNS), escolheu-se a capital do estado do Sergipe (SE), Aracaju, situada na região Nordeste (NE) do país, considerada exemplar do projeto piloto do SCNS e, para representar uma situação anterior, sem a informatização dos serviços de saúde, a cidade de João Pessoa, capital do estado da Paraíba (PB), escolhida por ser, entre as capitais do NE, a que menos se diferencia de Aracaju quanto às características ambientais e populacionais.

Foram escolhidos, para participar da pesquisa, os profissionais que registram dados para alimentação de sistema de informação dos estabelecimentos da atenção básica, contando com pelo menos um agente comunitário de saúde por equipe de saúde da família. Os estabelecimentos de saúde foram selecionados pelos gestores

municipais de saúde, segundo os critérios de aceitação da gerente na realização da pesquisa e, da possibilidade dos profissionais realizarem o preenchimento de questionário e gravação de entrevista durante a jornada de trabalho. Foram excluídos os profissionais que não registram dados para os sistemas de informação como os seguranças e auxiliares de serviços gerais. Dos profissionais convidados para a participação voluntária na pesquisa, cinco deles recusaram.

A investigação foi realizada nos meses de maio a junho de 2005, iniciou-se pelo município sem o SCNS, doravante denominado **A** e depois o município com o SCNS, doravante denominado **B**. Ao todo, 96 profissionais (N=40 em **A** e N=56 em **B**), de sete estabelecimentos de saúde (4 de **A** e 3 de **B**), preencheram questionários estruturados e fechados. Os dados obtidos foram então completados e esclarecidos pelas 50 entrevistas (32 de **A** e 18 de **B**) com duração em torno de 10 a 20 minutos cada uma. Para contextualizar a situação de informatização e cenários de cada município foram feitas mais dezesseis entrevistas (7 de **A** e 9 de **B**), com gestores nas diversas áreas de atuação: informação, informática, atenção básica, planejamento, vigilância, assistência farmacêutica e regulação. Durante todo o tempo de coleta de dados realizada por um só investigador (MG), foi realizada observação do trabalho, cujos fatos relevantes foram anotados em caderno diário de campo.

Fizeram parte da pesquisa, os profissionais das seguintes especialidades de saúde de nível superior: médicos de saúde da família, médicos especialistas, cirurgiões dentistas, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e psicopedagogo, nutricionista, fonoaudiólogo e farmacêutico. Os profissionais de nível médio: agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, agentes e auxiliares administrativos que trabalham na recepção de usuários e auxiliares de consultório dentário. Todos os profissionais de saúde fizeram parte da coleta de dados através dos mesmos instrumentos: questionário e roteiro das entrevistas.

Tanto pelo questionário quanto pelas entrevistas, buscou-se levantar dados em subgrupos de itens sobre: a caracterização de perfil dos profissionais; suas atividades de trabalho, especialmente as de captura de dados para alimentar os sistemas de informação; suas relações e experiências com computadores em geral. O levantamento da percepção dos profissionais de saúde baseou-se nas expectativas, quando se referiu ao cenário de **A** e, na realidade sentida no cenário de **B**. A opinião dos profissionais foi levantada pela pontuação entre zero e cinco dos itens referentes aos subgrupos: facilidades e dificuldades na captura de dados em saúde; as necessidades de adequação das condições de trabalho em situações de informatização (prevista para **A** e existente para **B**); conhecimento de tabelas mais comumente utilizadas pelos sistemas de informação do SUS e; para o local com SCNS, algumas características específicas do sistema.

A escolha dos itens ou questões baseou-se na importância atribuída pela experiência do processo de implantação do SCNS e, pelo que pode ser constatado relevante, segundo a revisão bibliográfica. Para facilitar a análise, os dados pontuados segundo classificação de importância ou conhecimento na opinião dos profissionais, foram agrupados em: 0 e 1 – pouco; 2 e 3 – intermediário; 4 e 5 – muito.

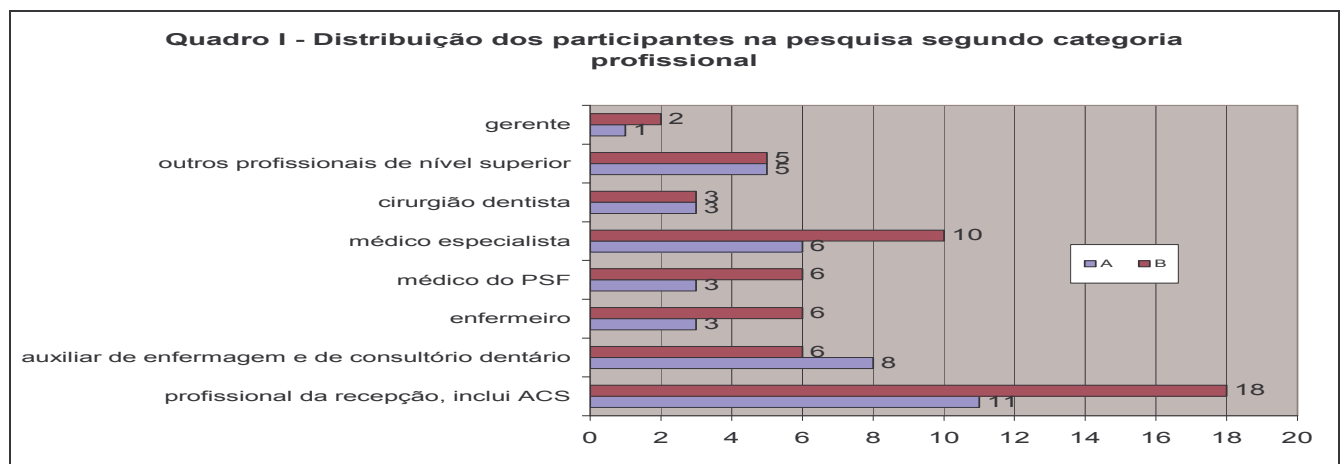
O banco de dados foi digitado utilizando-se o programa informatizado Epi-Info, versão 2003, da original de 2002, traduzida para o português e a análise foi feita com auxílio do sistema Excel. A discussão dos dados baseou-se na análise dos resultados encontrados juntamente com a introdução de opiniões relatadas nas entrevistas. Os resultados foram consolidados em tabelas, segundo grupo de categorias dos questionários, por situação de informatização, cenários **A** e **B** e, comparados pelos cálculos de frequência em percentuais relativos ao número de respostas em cada um dos subgrupos de itens do questionário. Para esta apresentação foram selecionadas especialmente, as respostas cuja classificação foi considerada “muito (a)”, isto é, as pontuações de 4 e 5.

### III – Resultados

O cenário da atenção básica nos dois municípios pesquisados mostra que há uma tendência na cobertura completa do modelo de abordagem do Programa de Saúde da Família (PSF). Isto é, a porta preferencial para entrada do usuário no SUS dos municípios dá-se pela equipe de profissionais de saúde, que atende determinada área adscrita, com o objetivo de buscar as relações de vínculo entre a população e a atenção. O PSF está inserido no conjunto de ações de saúde e, no processo de referência e contra-referência deve possibilitar o acesso nas diferentes complexidades, buscando a integralidade da atenção. Nesta perspectiva, o levantamento de dados cobriu também profissionais de unidade de saúde tradicional, ou centro de atendimento a algumas especialidades, a fim de compreender o registro eletrônico e seus fluxos organizacionais. Dos profissionais que participaram da pesquisa, no cenário **A**, 55% trabalham no PSF e no cenário **B**, 68%.

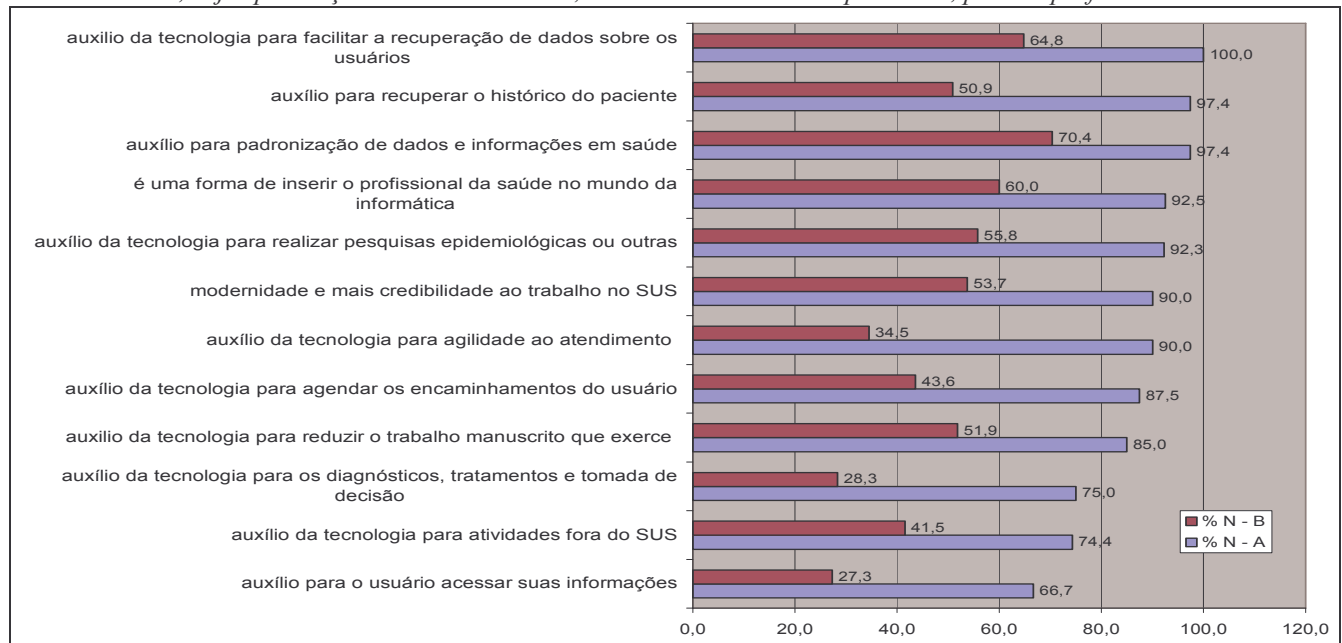
A equipe do PSF deve cobrir entre 800 e 1000 famílias ou, no máximo, 4500 pessoas e é minimamente composta por: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro ou seis agentes comunitários de saúde (ACS), podendo incorporar outros profissionais. Nos dois municípios estudados, fazem parte também os cirurgiões dentistas e, no caso de **B**, foram também incluídos assistentes sociais e psicólogos.

O perfil que caracteriza os profissionais de saúde estudados mostra a predominância do sexo feminino, o que reproduz os mesmos dados do setor saúde como um todo (82,5% em **A** e 82, 1% em **B**). Quanto à distribuição dos profissionais por categoria profissional em cada cenário, veja o Quadro I.



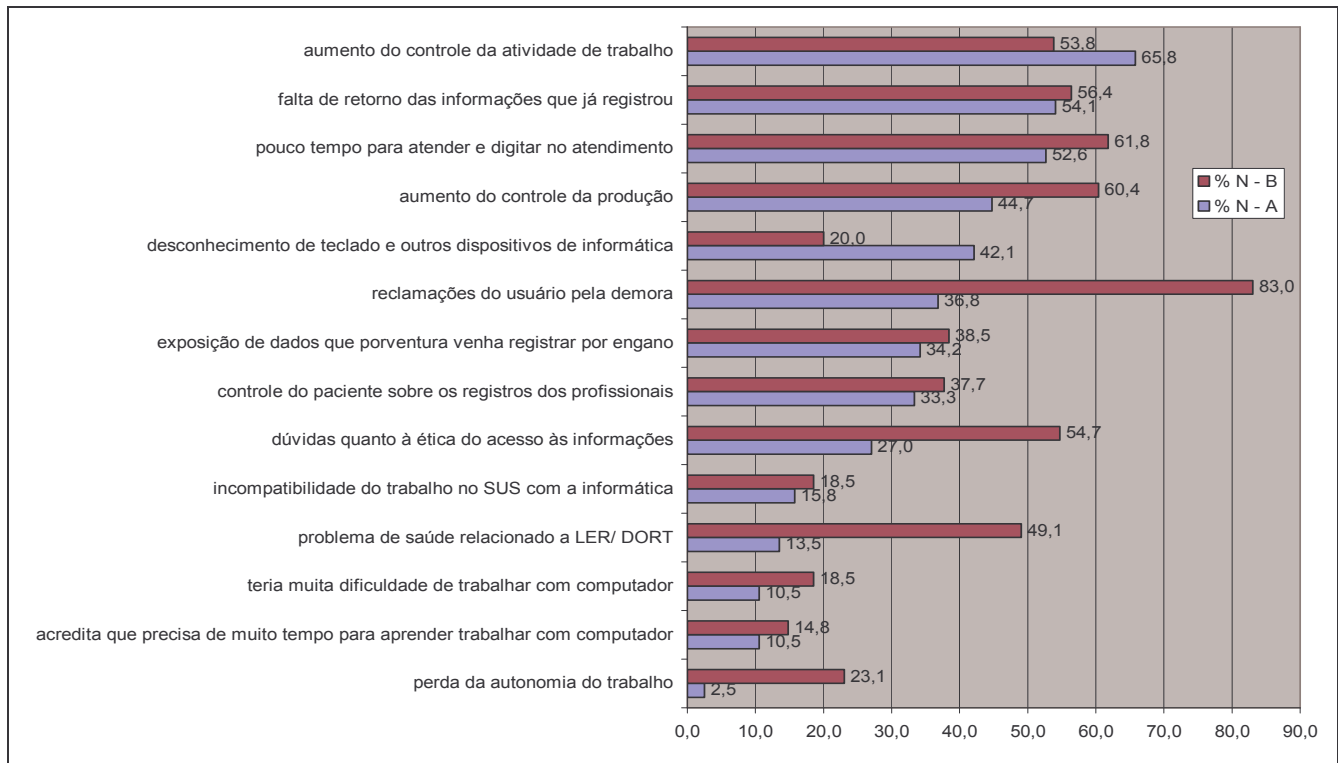
Os dois cenários são bastante diferentes quanto à percepção de potenciais ou concretas situações em que a tecnologia do registro eletrônico de dados venha facilitar ou representar avanços para a prática de saúde. Chama atenção, a diferença e a tendência de opiniões dos profissionais favoráveis nos itens relativos às facilidades do registro eletrônico no SUS no cenário **A**. Dentre as facilidades mais esperadas dessa tecnologia para os profissionais do cenário **A**, ganharam destaque: recuperação de dados e do histórico do paciente, auxílio à padronização de dados e informações em saúde, auxílio para realização de pesquisas epidemiológicas ou outras e, que essa representa uma forma de inserir o profissional do SUS no mundo da informática; mais de 90% dos profissionais consideraram esses itens muito importantes. Por outro lado, para os profissionais do cenário **B**, esses mesmos aspectos não foram percebidos na mesma frequência, sendo que a maior importância nesse subgrupo foi a padronização, para cerca de 70% dos profissionais. O auxílio da tecnologia na agilidade do atendimento faz parte da percepção de 90% dos profissionais do cenário **A**, enquanto no cenário **B**, apenas 34,5% concorda. Outros detalhes podem ser observados no Quadro II seguinte.

**Quadro II** – Distribuição do percentual (% N) das opiniões sobre as facilidades e os avanços do registro eletrônico de dados em saúde, cujas pontuações variaram de 4 a 5, consideradas “muito importante”, para os profissionais de saúde.



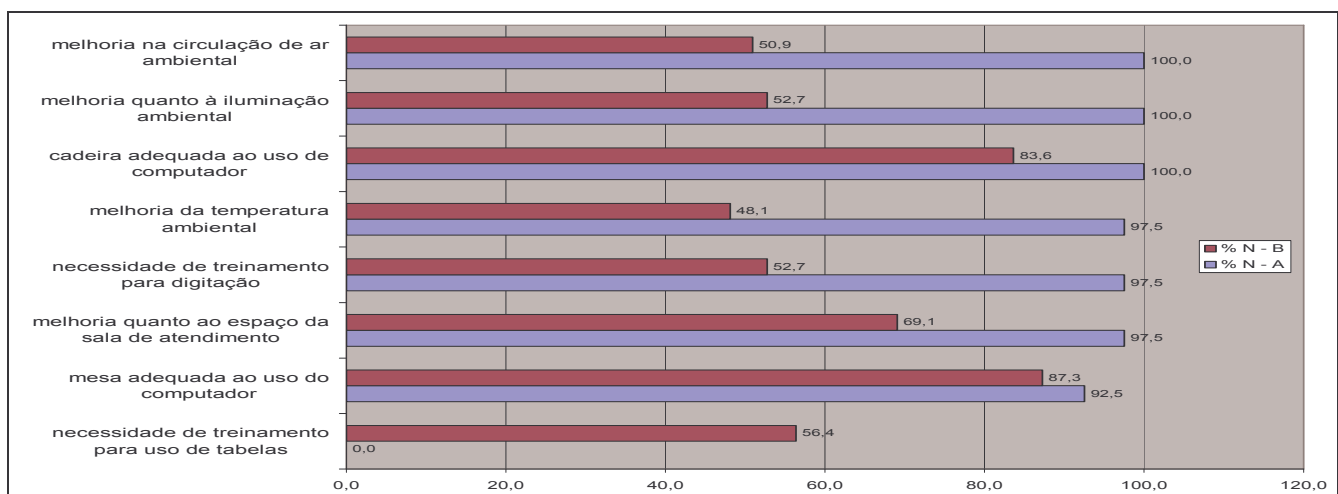
As opiniões referentes às dificuldades ou limites do registro eletrônico de dados pelo sistema informatizado foram proporcionalmente mais próximas do que as opiniões quanto às facilidades, entre os profissionais do cenário **A** e do cenário **B**. Essas podem, respectivamente, ser exemplificadas pelas percepções sobre: o controle dos registros, variável entre 65,8% e 53,8%; a falta de retorno das informações registradas, entre 54,05% e 56,36% e; pouco tempo para digitar e atender no atendimento, entre 52,6% e 61,8%. Os itens que tiveram respostas em percentuais muito diferentes são: reclamações do usuário pela demora do atendimento, 36,8% em **A** e 83,0 no cenário **B**; dúvidas em relação ao acesso aos dados e à informação, 27,0% no **A** e 54,7% no **B** e; problemas de saúde relacionados a LER/ DORT ou coluna vertebral, 13,5% no **A** e 49,1% no **B**. Em apenas dois itens o percentual foi maior para o cenário **A** em relação a **B**: o controle da atividade de trabalho e o desconhecimento de teclado e outros dispositivos de informática. Outros detalhes no Quadro III.

**Quadro III – Distribuição do percentual (% N) das opiniões sobre as dificuldades do registro eletrônico de dados em saúde, cujas pontuações variaram de 4 a 5, consideradas “muito importante”, para os profissionais de saúde.**



Quanto aos itens em que se levantou dados sobre as condições de trabalho e as necessidades de adequação para a introdução da tecnologia do registro eletrônico de dados na atenção básica, mais de 50% dos profissionais que responderam os questionários pontuaram entre 4 e 5, classificada “muito” necessária. Contudo, há diferença entre o cenário A em relação ao B, em especial pela adequação já realizada no cenário B, por ocasião da implantação do SCNS, exceto pelas necessidades observadas em relação às cadeiras e mesas. No cenário A as necessidades de adequação são generalizadas e, além dessas, incluem: temperatura ambiental e circulação de ar, iluminação e espaço do local de atendimento. Demais detalhes podem ser observados no Quadro IV.

**Quadro IV – Distribuição do percentual (% N) das opiniões dos profissionais sobre as necessidades de modificar as condições de trabalho devido o registro eletrônico de dados em saúde, cujas pontuações variaram de 4 a 5, consideradas “muito necessárias”.**



O conhecimento de tabelas contribui para facilitar a padronização e a codificação de dados em sistema informatizado. As tabelas do SUS são geralmente de domínio dos profissionais que habitualmente entram com dados em sistema informatizados no nível municipal, centralizado. Na atenção básica, é raro o profissional conhecê-las, mesmo porque a utilização das mesmas não é sua rotina. O Quadro IV mostrou que 56,4% dos profissionais do cenário **B** percebem a necessidade de treinamento em tabelas, questão não realizada no cenário **A**, pela não utilização do sistema e, conseqüentemente, pela pouca compreensão sobre o tema.

#### **IV – Discussão**

O estudo realizado indica que a tecnologia da informação, pela introdução do registro eletrônico de dados em saúde, modificou os processos de trabalho dos profissionais de saúde do SUS. As críticas dos profissionais verificadas pela graduação por pontos dos itens estruturados da pesquisa, mostram, potencialmente, que as facilidades e as dificuldades não coincidem com as expectativas, sendo os avanços mais questionados do que as dificuldades.

Entre as dificuldades relacionadas ao registro eletrônico de dados em saúde, destacam-se as variáveis que mostram inter-relacionamento dos subgrupos de dados coletados na pesquisa. Um dos pontos relevantes que visa explicar as dificuldades e, com elas a resistência do profissional de saúde, remete ao tempo no trabalho, observada pela baixa concordância entre os dois cenários: quanto ao auxílio da tecnologia para agilidade do atendimento; pela alta freqüência dos profissionais que concordam haver muita reclamação dos usuários devido à demora do atendimento e; pouco tempo para digitar e atender. O discurso dos médicos, em geral, esclarece que o registro eletrônico dos dados atrapalha o atendimento: pelo aumento do tempo da consulta; pela espera para entrada de dados de encaminhamentos; pelas necessidades de registrar justificativas desses; pela impaciência do usuário que aguarda a digitação dos dados, conforme citado nos discursos a seguir.

“O que atrapalha é a demora, a consulta fica um pouco mais demorada, às vezes, quando o sistema fica fora do ar, dificulta um pouco, porque tudo agora só é resolvido com o TAS (...). A gente está tendo muita dificuldade, na parte de encaminhamento, de solicitação de exames, muitas vezes a gente não consegue marcar, fica em análise muito tempo, não tem uma resposta rápida” (médico de saúde da família, cenário **B**).

“Atrapalha, com certeza, porque têm alguns pacientes que não concordam. Mesmo sendo pacientes que já acompanham com a gente, primeiro porque alguns têm que ir trabalhar e o tempo que a gente passa no TAS, mesmo o mínimo, eles já reclamam, quer dizer, se tiver exame e pra solicitar é um Deus nos acuda. Pra fazer exame a gente tem que justificar, fazer a justificativa dos exames: tem que fazer o quadro clínico, tem que descrever tudo certinho, e aí é mais da metade da consulta. (...). Se for investigação, quer dizer, se for hepatite mesmo, que a gente tem que marcar todos os marcadores sorológicos, tome tempo” (médico de saúde da família, cenário **B**).

“Algumas lentidões com relação à ação dele efetiva, o próprio sistema, as respostas, eu mesma trabalho numa unidade que é itinerante, eu vou pra lá atender e lá é via telefônica. Quando eu peço um exame, aí vai ligar, custa muito, demais pra dar uma resposta e, na maioria das vezes a resposta vem em análise, principalmente encaminhamento pra especialista e solicitação de exame” (enfermeira de saúde da família, cenário **B**).

O tempo pode ser um determinante crítico para aceitação do registro eletrônico de dados em saúde, conforme pode ser observado em estudo realizado junto a residentes e estudantes de medicina. Ambas as categorias criticam o tempo gasto para a espera de respostas do sistema, para o retorno dos resultados, para documentação do cuidado e para localizar informações (Hier, Rothschild, LeMaistre, Keeler, 2004: 1302).

A percepção das dificuldades do profissional de saúde associa-se ainda aos aspectos tecnológicos do equipamento e do *software*, considerando o terminal “sem ergonomia”, cuja tela é muito pequena e não tem inclinação adequada para evitar reflexos visuais. A impressão térmica dos boletos dá-se em papéis pequenos, que dificulta a compreensão do usuário, precisando às vezes, do profissional registrar duplamente para facilitar o entendimento do usuário. As críticas são referidas também ao controle das atividades, que aumentou a exposição da produção do profissional. Para alguns há prejuízo da relação do usuário/ paciente com o profissional e com suas informações, como pode se observar na opinião de uma enfermeira de saúde da família: “claro que a gente tira um pouco do tempo pra trabalhar com a máquina e o paciente fica um pouco de lado, porque na hora que você está preenchendo tudo aquilo e o número de códigos, são códigos muito extensos”.

Outras expectativas que deixam a desejar referem-se à ausência de auxílio para o diagnóstico, tratamento e tomada de decisão; à baixa efetividade no auxílio aos encaminhamentos e agendamento de exames, consultas, retornos de acompanhamento; falta de rotinas e periodicidade de consolidação dos dados; e ausência cultural de usos das informações nas práticas e pesquisas.

“Essa evolução não é tanto assim, pela máquina que a gente usa que é uma máquina ainda muito rudimentar. Pelo menos pelo que a gente tem visto, tem vivenciado com relação à questão de computação e tecnologia. É muito rudimentar e poucas informações a gente consegue tirar desse TAS” (enfermeira de saúde da família, cenário **B**).

Boa parte das dificuldades pode ser explicada pelos elementos relacionados à organização e ao funcionamento do SUS, que está sempre modificando a organização e os modelos de atenção, na busca de práticas de saúde cada vez mais voltadas para a “qualidade de vida”. A introdução da tecnologia vem acompanhada, na atenção básica, junto da expansão do Programa de Saúde da Família (PSF), uma tecnologia que visa à relação de vínculo do usuário à equipe que atende determinado território de abrangência local. A evolução da atenção caracteriza-se pela reorganização dos saberes, identificando novos problemas ou necessidades de saúde, que estimulam outras culturas organizacionais e, novas práticas, reorientando o trinômio “informação-decisão-ação” (Teixeira, Paim, Vilasboas, 1998: 9,24). O desenvolvimento e a implantação dos sistemas informatizados caminham neste emaranhado de mudanças, no mundo complexo da saúde, que acaba influenciando a incorporação de tecnologia, numa seqüência de interações e mudanças de valor, característica central e típica de cenários com tarefas cognitivas complexas (Marmaras e Pavard, 1999). Isso tudo no universo da atividade do profissional de saúde acumula as críticas colocadas pela médica do PSF, cenário **B**:

“Eu comecei em 2001 a trabalhar no PSF, em janeiro (...) e, lá nesse mês nós tivemos que implantar o PSF, porque até então não existia, era uma unidade mista, com especialista, com tudo mais. Passamos por algumas dificuldades porque era difícil das pessoas aceitarem. Mas aí quando chegou o mês de setembro, trouxeram o TAS pra nossas salas, este aparelho aqui. E aí, o que aconteceu, o serviço ficou muito, muito



mais, porque tinha, além de todas as novidades que o PSF já trazia, traz para a unidade, nós não tínhamos gerente, nós tínhamos muitos, inúmeros, problemas (...). Foram muitas mudanças, uma atrás da outra, até que chegou o TAS de repente, então você já vinha desgastado. Chegou o TAS, continuou o mesmo número de pacientes e mais esta outra atribuição, se antes a gente já não tinha tempo, uma pausazinha no meio do expediente (...), agora piorou mais ainda, porque já ficava muito difícil, muitos códigos e um sistema novo”.

A análise da reestruturação produtiva da saúde não é simples, ela têm muita influência da “modelagem da gestão do cuidado em saúde”, que modifica a hegemonia da abordagem do cuidado de saúde (Merhy, 2002: 22-26). Para aproximação do objeto tal como define o autor, sob o olhar da micro-política dos processos de trabalho médico, ganhou o entendimento imaginário das ferramentas tecnológicas “leves”, “leve-duras” e “duras” (Merhy, 2000: 109). Transferindo esse olhar para a realidade encontrada no estudo, pode-se dizer que as tecnologias “duras”, associada especificamente ao TAS; às “leve-duras”, os raciocínios mentais para codificações, para adequação do exercício clínico ao registro eletrônico e; à tecnologia “leve”, a que se materializa no cuidado de saúde em si,

Os avanços ou facilidades relacionados à incorporação de tecnologia que contribui com a interpretação e a reestruturação da saúde são mencionados pelos aspectos objetivos de redução do trabalho manuscrito. Embora haja certa desconfiança do benefício, mesmo os profissionais mais críticos acabam mencionando algo sobre a importância da redução do trabalho manuscrito: “uma coisa que foi boa é que a gente não tá precisando fazer aquela estatística horrorosa, sabe, que tinha todo mês e, eu sempre levava pra casa, porque eu não conseguia fazer aqui” (médica do PSF, cenário **B**). O processo de trabalho informatizado também organiza e evita erros, tal como pode ser observada a experiência da profissional de nível superior do cenário **B**:

“Todo o cliente que eu vou atendendo, rapidamente eu estou registrando, porque ele chegou, eu passo o cartão e já estou registrando e antes não, eu tinha que fazer ficha por ficha em papel, demandava muito mais tempo para eu ter essas informações (...) mas o TAS contribuiu bastante, eu não tenho que estar fazendo um registro que tinha, cheio de pauzinho, pra todo final do mês eu tinha que estar lembrando (...). Agora não, (...) a minha produção e já deixo arquivada lá [*no servidor*] com quem tem o direito de receber (...) eu já não esqueço de registrar. Isso foi bom pra o sistema, porque ele tem na verdade, uma coisa muito concreta do atendimento”

O interesse e a curiosidade para a adesão ao registro têm sido dirigidos pela convicção de que o seu uso pode reduzir erros, tornar o armazenamento de dados mais seguro, melhorar a qualidade do cuidado e aumentar a eficiência. Espera-se que a mudança da cultura e a quebra da resistência podem ser convertidas, assim como a melhoria do desenvolvimento dos negócios (das tecnologias) e mudanças das normas práticas. Contudo, sem imaginar que haverá uma harmonia espontânea, o consenso desejado deve ser perseguido na ocorrência de todo e qualquer impasse (Sprague, 2004: 4).

A compreensão do processo de trabalho pelas percepções de dificuldades e facilidades deve estar próxima da realidade pelo olhar da ergonomia cognitiva, conhecendo a “competência dos operadores, para definir melhor suas tarefas, a organização e as formações” (Montmollin, 1990: 100). A transposição desse referencial ao coletivo significa agregar o olhar da “ecologia cognitiva”. Ainda assim, a análise sob essas óticas é insuficiente, pois a informática intervém também nos “*processos de subjetivação individual e coletivo*”, devendo-se incluir

dimensões artística, estética dos computadores e dos sistemas, que envolvem o emocional, desejos, movimentos culturais, revoltas, sonhos (Levy, 1993: 56-57).

A importância do conhecimento sobre a realidade não se relaciona apenas à disponibilidade da informação, mas também à avaliação política da situação de saúde, às prioridades definidas sob critérios para cumprir objetivos de gestão. A informação permeia a linguagem de todos os momentos da gerência, da interação social com o processo saúde-doença, com a difusão dos resultados que retro-alimentam decisões subseqüentes (Mota, 1995: 59-60). A incorporação do registro eletrônico no campo da saúde deve ter a abrangência de todos esses olhares, passando a aproximá-la do que pode ser denominado de gestão da informação e do conhecimento.

A avaliação realizada reúne elementos que permitem entender a informatização no âmbito da opinião do profissional de saúde, buscando incorporar a atividade de trabalho na constituição do sistema, canalizando para a apropriação do profissional. A experiência estudada ainda deixa a desejar no que se refere aos principais anseios do registro eletrônico, com qualidades suficientemente favoráveis às práticas de trabalho. A partir desses resultados e dessa reflexão, é possível elencar itens que permitem julgamento de valor e orientação à expansão do registro eletrônico de dados, em busca de cenários bem sucedidos. Nesta linha de construção, pretende-se dar continuidade e aprofundar neste tema, para avançar a qualificação dos modelos de introdução dessa tecnologia, ficando, desde já, a proposta ao envolvido com a questão, de permanecer atento aos destaques aqui pautados.

## V – Referências Bibliográficas

- Brasil (2004), Ministério da Saúde. A Construção da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (Proposta versão 2.0). Disponível: <[http://politica.datasus.gov.br/PoliticaInformacaoSaude29\\_03\\_2004.pdf](http://politica.datasus.gov.br/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf)>. Acesso em 11 de agosto de 2005.
- Hier, DB; Rothschild, A.; LeMaistre, A.; Keeler, J. (2004). Differing Faculty and Housestaff Acceptance of an Electronic Health Record One-Year After Implementation. *Medinfo 2004 IMIA*: p 1300-1303. Disponível em CD.
- Levy, P. (1993) *Tecnologias da inteligência. O futuro do pensamento na era da informática*. São Paulo: Editora 34, 8ª reimpressão, 1999: 208p.
- Marmaras, N., Pavard., B. (1999). Problem-driven approach to the design of information technology systems supporting complex cognitive task. *Cognition, technology & work*. London: Springer-Verlag. Tradução na língua portuguesa (mimeo).
- Merhy, E. E. (2000) Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface. Comunicação, saúde e educação*. Rev. nº 6: p 109-116.
- Merhy, E. E. (2002) *Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato*. Hucitec. São Paulo/ SP, 192p.
- Montmollin, M. (1990) *L'ergonomie, Pari. La Découverte*. Collection Repères. Traduzido na língua portuguesa por Sociedade e Organizações, Portugal: 160p.
- Moraes, I. H. S. (2002) *Política, tecnologia e informação em saúde. A utopia da emancipação*. Salvador: Casa da Qualidade Ed.: 171p.
- Mota, E. (1995) Novos passos para a informação e comunicação social em saúde: algumas reflexões sobre o papel da informação e da comunicação social em saúde no processo decisório. In: \_\_\_\_ OPAS. *Informação e comunicação social em saúde*. Brasília: OPAS/ OMS, p 59-60. (Série desenvolvimento de Serviços de Saúde, 15).
- Mota, E. & Carvalho, D. (2003) Sistemas de informação em saúde. In: \_\_\_\_ Rouquayrol, M. Z. & Almeida Filho, N. *Epidemiologia e Saúde*, 6ª Ed. Rio de Janeiro, Medsi: p. 605-628.
- Sprague, L. (2004). Electronic Health Records: How close? How Far to Go? *National Health Policy Forum Issue Brief*, Nº 800, September 29: p. 1-17.
- Teixeira, C. F.; Paim, J. S.; Vilasboas, A. L. (1998) SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*; 7 (2): p. 7-28.