

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA**  
**FAMÍLIA**

**Marcelo Ferreira Motta**

**CONSTRUÇÃO DE UMA PROPOSTA PARA FORMULÁRIO ELETRÔNICO EM  
SAÚDE DA MULHER: UMA FERRAMENTA PARA QUALIFICAÇÃO DO  
PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Marcelo Ferreira Motta

**CONSTRUÇÃO DE UMA PROPOSTA PARA FORMULÁRIO ELETRÔNICO EM  
SAÚDE DA MULHER: UMA FERRAMENTA PARA QUALIFICAÇÃO DO  
PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada no Curso  
de Especialização em Atenção  
Básica em Atenção Básica em Saúde  
da Família da Universidade Federal

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Salime Cristina Hadad

**Rio de Janeiro**  
**2010**

## **Dedicatória**

A Deus, que sob todas as formas se faz presente na condução de minha Vida profissional e afetiva.

Aos meus tios Alice e Luiz e à minha avó Yvonne que sempre foram exemplos de Vida a serem seguidos e também, a todos os companheiros da Fraternidade que participaram da formação do meu caráter, valores morais e postura ética perante a Vida.

À minha família que, por diversos momentos, está sendo sacrificada pela minha ausência como filho, pai, marido e amigo. Ausência esta que ocorre pelo simples fato, e até certo ponto, egoísta, de continuar acreditando num sonho maior, num ideal de poder contribuir efetivamente para a construção de uma saúde que seja digna, ampla e capaz de gerar cidadania e Desenvolvimento Humano e Econômico da Área Adscrita.

À minha ESF que me apóia nesta jornada, quase que insana, de promover um ambiente propício para o desenvolvimento através da ética e de princípios morais, onde eu tenha a possibilidade de aplicar todas as minhas habilidades e competências adquiridas em meus estudos.

E a toda dedicada equipe da UFMG / NESCOM, onde em especial destaco o meu amigo e “guru” Max André, com quem aprendi muito durante os diversos **encontros** que tivemos neste curso; e a minha orientadora Salime Hadad, que soube me conduzir, motivar e acolher com carinho, contornando com muita efetividade todos os diversos problemas que tive na conclusão deste trabalho. Muito obrigado a vocês dois.

## **RESUMO**

Diversos fatores impedem hoje o médico de atuar de forma efetiva na Atenção Básica em Saúde da Família no Brasil. Dentre eles a falta de padrão nas informações colhidas durante na consulta clínica e o desconhecimento de muitos profissionais sobre o processo de trabalho exigido no Programa de Saúde da Família. O Registro Eletrônico em Saúde (RES) poderá ser uma ferramenta capaz de guiar com segurança e conforto o médico na consulta. Este trabalho propõe a elaboração de um modelo de formulário eletrônico como orientador para o médico na execução e acompanhamento do Programa de Saúde da Mulher.

**Palavras-chaves:** Programa Saúde da família; Registro Eletrônico em Saúde; Prontuário eletrônico do Paciente; Acolhimento profissional; Programa Saúde da Mulher.

## **ABSTRACT**

Currently, many factors impede doctors of performing effectively at SUS (Unified Health System) and at Family Basic Health Care in Brazil. One of those factors is the lack of standards concerning the data collected during clinical appointments and the lack of knowledge regarding the work process required in the Family Health Program. The Electronic Register (RES) may be a tool capable of safely guiding the doctor during the appointments. This project proposes the elaboration of an electronic register model to be used as a guide by the doctors while performing and following up on the Women Health Program.

**Key-words:** Family Health Program, Electronic Health Record; Electronic Patient Record; Home work; Women's Health Program.

## **SUMÁRIO**

1. Introdução	01
2. Justificativa	06
3. Objetivos	07
3.1. Objetivos específicos	
4. Método	08
4.1. Caracterização do campo de estudo	
5. A construção de um modelo de formulário eletrônico	11
6. Cronograma	13
7. Plano orçamentário	13
8. Considerações finais	14
9. Referências	14



## **1. INTRODUÇÃO**

No Brasil o Programa de Saúde da Família (PSF) tem promovido a reorganização dos serviços e a reorientação das práticas profissionais na Atenção Básica à população. Iniciado em 1994 e consolidado em 2006 pela Portaria Nº 648 de 28 de Março, o PSF busca executar um modelo novo que valoriza as ações de promoção e proteção da saúde, a prevenção das doenças, a reabilitação e a atenção integral às pessoas.

Em seu trabalho “As propostas de modelos alternativos em saúde” Coelho (2006) compara a evolução de diversos modelos assistenciais no Brasil e aponta a importância da preocupação das Equipes de Saúde da Família com a qualidade de vida da população adscrita de um determinado território.

Porém, alguns fatores têm dificultado a execução efetiva do PSF como a falta de profissionais capacitados e em número suficiente para esse novo processo de trabalho, que é específico e requer o interesse pela situação vivida pela população adscrita da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família.

Segundo Seixas e Stella (2002) a formação profissional oferecida pelas escolas médicas ainda está distante do modelo proposto pela Estratégia de Saúde da Família. O formato pedagógico ainda é pautado no aprendizado de disciplinas desarticuladas, com ciclos básicos e clínicos ministrados de forma separada e centrados principalmente na doença e no modelo hospitalocêntrico de atendimento à saúde. Rocha e Trad (2005) afirmam que os conhecimentos de saúde pública na formação médica são ministrados de maneira superficial, dificultando que estes profissionais desenvolvam habilidades e competências exigidas pelo Médico de Saúde da Família.

Outro aspecto importante é a dificuldade de fixação de profissionais em áreas mais carentes devido à atração de alunos de residência e estágios para áreas super especializadas, acreditando na obtenção de um padrão de qualidade de vida mais elevado (GUGLIELMI, 2006).

No Brasil, de forma geral, existe uma grande reserva de mão-de-obra de cirurgiões-dentistas (CD), médicos e enfermeiros com potencial para ser absorvida pelo PSF. Os mais preparados durante a formação profissional são os enfermeiros, pois o curso

contempla há bastante tempo a atenção básica em seu conteúdo programático, contudo para os médicos e os CD esse processo vem se adaptando a esta nova realidade.

Seixas (2006) faz referência a um estudo realizado com médicos na cidade de São Paulo que aponta como principais motivos que fazem o profissional escolher e se fixar na ESF, a identificação com a proposta deste cuidado com a saúde, a possibilidade de aperfeiçoamento técnico, a autonomia de planejamento no processo de trabalho. Segundo Rodrigues (2008) a grande oferta de vagas pela crescente expansão da ESF no País e a satisfação com o trabalho executado são fatores de fixação, mas não de atração. Num outro trabalho Campos (2005) faz menção a uma pesquisa em que “os médicos contratados para o programa foram descritos como jovens e desempregados ou velhos e aposentados, com um perfil de difícil adaptação ao trabalho, potencialmente levando à alta rotatividade.

Logo, observa-se que há um grande número de médicos recém-formados ou que já possuem uma especialidade trabalhando no PSF. Esses profissionais iniciam imediatamente nesse novo processo de trabalho, e em virtude da grande carência de profissionais em todo o país o seu emprego é quase que imediato, mas nem sempre efetivo, como demonstra Mendes (2002) e Andrade (2004). A inclusão desse profissional muitas vezes despreparado está também relacionada ao interesse de muitos gestores locais em qualificar o município para receber o recurso repassado pelo Ministério da Saúde relativo às ESF completas.

De uma forma geral, a transferência de recursos financeiros do SUS para a atenção básica é regulado por alguns mecanismos como a Portaria SAS/Nº 623, de 24 de agosto de 2006 (BRASIL, 2006). O repasse financeiro do Fundo Nacional da Saúde para o município considera dentre outros o número de habitantes e de ESF completas, a eficiência do gestor local em criar e manter uma rede de atenção básica que efetivamente atenda o usuário.

Todos estes fatores permitem que profissionais despreparados sejam enviados às UBS para atuarem sem habilitação para a prática correta e efetiva da Estratégia de Saúde da Família. A qualificação para atuação nessa área ainda é muito superficial e não suficiente para corrigir “vícios”, como o desconhecimento sobre a prática em equipe multiprofissional, visita domiciliar entre outros.

Um trabalho realizado em 2009 pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde SUS - SES / MG (PERPÉTUO, 2009) ao comparar a atuação do médico na APS e na ESF no Estado de Minas Gerais, evidenciou algumas características relevantes, que nos permite

traçar o perfil mais freqüente deste profissional. Dentre algumas delas temos um profissional com mais de 30 anos de idade, que terminou o curso de Medicina há mais de 5 anos, em faculdade pública e fora de BH, já fez algum curso de especialização ou residência e deseja fazer outros cursos de formação em Saúde da Família ou não. Além disso, trabalha 40 horas semanais ou mais, possui outros empregos, desejam ter estabilidade, mas sem concurso público e estão na ESF pela possibilidade de conciliar vida profissional com a familiar. Outra observação relevante é que estes médicos sairiam da ESF por 3 motivos principais, dentre eles o fazer residência está presente em 50% dos casos.

Duas importantes questões podem ser destacadas, a primeira relacionada à falta de acolhimento e capacitação deste profissional. Essa segunda questão tem impactando diretamente sobre na atenção prestada ao usuário e na gestão e planejamento das ações da ESF, que sem padronização nas consultas clínicas, a coleta de dados não tem sido capazes de trazer subsídios de forma efetiva para um melhor planejamento da atenção à saúde e respectivo acompanhamento dos resultados.

Observa-se que na prática assistencial, cada médico age de forma pessoal, não há um padrão de anamnese e coleta dos dados dos programas e muito menos controle e segurança nas informações levantadas.

Num trabalho publicado pela WONCA EUROPA (2002), que engloba cerca de 30 países europeus, fica muito claro a necessidade dessa padronização na execução da atividade médica durante o cotidiano de trabalho dentro da ESF na Europa como um todo. Essa padronização busca principalmente a qualificação dos serviços prestados pelo profissional e deverá refletir numa excelente relação custo X efetividade. É interessante que todo esse esforço objetiva reunir competências centradas no profissional, para que ele atue com efetividade na sua prática diária, independente do sistema de saúde em que esteja inserido. Esse clínico deverá estar apto a atuar em 3 aspectos importantes e articulados entre si que são a execução das suas tarefas clínicas, a sua comunicação com os seus pacientes e a sua capacidade na condução da gestão da sua prática clínica.

Em 2008, durante a III Cúpula Ibero Americana de Medicina Familiar, uma das recomendações propostas ao final foi justamente que:

Para que os sistemas de saúde propiciem os melhores benefícios que a Atenção Primária à Saúde (APS) pode assegurar, é necessário que seu componente médico esteja constituído por especialistas da área,

certificados/titulados como Médicos de Família e Comunidade (MFC) (WONCA, 2008, p.1).

Observa-se que no Brasil muitos médicos que atuam no PSF já estão formados há anos e com vícios no atendimento, difíceis de desconstruir, ou então são recém-formados sem experiência clínica. Atualmente não existe um formato padrão de atendimento médico na lógica do PSF no Brasil, alguns profissionais optam por selecionar determinados protocolos assistenciais relacionados, por exemplo, ao programa de Tuberculose, a Saúde da Mulher, Saúde da Criança e, “negligenciar” o restante.

É preciso intervir na melhoria da qualidade e segurança das informações colhidas durante a consulta clínica e consequentemente na gestão destas informações e logicamente nos resultados finais da saúde aplicada a população adscrita.

Cordeiro (2006) realizou um estudo aplicado a médicos e enfermeiros de grande parte da região norte e evidenciou a grande necessidade de capacitação destes profissionais e que a simples adesão à ESF não garante de forma nenhuma resultados efetivos para o SUS.

Além disso, é preciso dentre outros, facilitar e padronizar, dentro das UBS do País, a aplicação dos programas preconizados pelo SUS na Atenção Básica através do Programa de Saúde da Família; Facilitar a captação e controle de dados importantes que irão gerar informações confiáveis; Permitir a gestão correta da informação de maneira precisa e coerente, guiando a captação e o fluxo destes dados; Permitir a construção de um conhecimento seguro para as futuras tomadas de decisões e correção de rumos por parte de toda a cadeia gestora e também das ESF.

É também necessário facilitar ao gestor de saúde local, regional e até federal a tomada de decisões baseadas em dados mais seguros e concretos para a aplicação de recursos humanos e financeiros e para a correção de rumos, se necessário

Starfield (2002, p 597) descreve os sistemas de informação como “uma extensão dos prontuários médicos para atender não apenas às necessidades individuais do paciente, mas também às necessidades da população pelos serviços de atenção primária (bem como para outros níveis da atenção à saúde)”.

Os prontuários médicos e os sistemas de informações devem cumprir ao seu propósito que segundo Starfield (2002) serviria a quatro importantes funções: auxílio á memória dos profissionais na atenção aos pacientes e ferramenta no planejamento da

atenção às populações; documento legal; influência no processo de atenção; fonte de informações a respeito da qualidade da atenção e de como melhorá-la.

No que concerne à utilização das informações médicas em decisões organizacionais estratégicas, a reestruturação do processo de trabalho por meio da informatização na área de saúde oferece a possibilidade de aperfeiçoamento dos registros médicos com o estabelecimento de objetivos e metas organizacionais, bem como seu acompanhamento.

Aliada a importante necessidade de padronização de ações das ESF, o estabelecimento do Registro Eletrônico em Saúde (RES) poderá ser uma ferramenta capaz de guiar com mais segurança e conforto todos estes profissionais durante a consulta específica em cada programa preconizado na aplicação do SUS pelo MS. A 12ª. Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília-DF de 7 a 11 de dezembro de 2003 aprovou o Registro eletrônico como uma importante diretriz da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). O documento da PNIIS diz que:

Há um consenso sobre as vantagens dos registros eletrônicos, que evitariam a deterioração, a perda e a adulteração de histórias clínicas, a duplicação de prescrições terapêuticas e de exames, com evidente redução de custos. Também permitiriam reunir toda a informação sobre o paciente, identificando-o univocamente e preservando sua privacidade, além de armazenar informações de interconsultas (BRASIL, 2004, p.12).

O Conselho Federal de Medicina por meio da Resolução nº 1.821/07:

O Conselho Federal de Medicina reconhece a importância do uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informação identificada em saúde, bem como a digitalização dos prontuários em papel, como instrumento de modernização, com consequente melhoria no atendimento ao paciente. . (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007, p.2).

Sittig (1999) descreve diversas vantagens do prontuário em formato eletrônico e segundo Maia e Hadad (2009), o PEP já é reconhecido como uma ferramenta gerencial, de educação dos profissionais e usuários do sistema de informação em saúde. Isso vem reforçar o impacto positivo na gestão das informações dentro da prática clínica e no levantamento de dados em saúde, permitindo uma tomada de decisão mais segura e efetiva por parte principalmente dos órgãos de Gestão Pública.

A criação de um formulário eletrônico (parte de um futuro prontuário eletrônico) baseado nos principais protocolos assistenciais da Atenção básica poderia ser uma ferramenta capaz de guiar o profissional no acolhimento e na condução do paciente de um

determinado programa. Nessa perspectiva, contemplando as linhas guias assistenciais e apoiando a organização da gestão clínica. Cada programa contemplado terá seu formulário próprio capaz de guiar o profissional de saúde, principalmente o médico, na coleta de dados e informações e na postulação de condutas.

Outra situação contemplada é o fato de que este trabalho se torna um processo de Educação Permanente, claro, guardando as suas devidas proporções. Uma vez que o profissional está se guiando por um formulário, a lógica do programa, do monitoramento das ações efetivas e do controle dos resultados estará sempre mais “visível” e de fácil compreensão pelo profissional e pela ESF. A cada dia de interação com o formulário de cada programa o profissional de saúde estarão construindo um “perfil eletrônico” mais dinâmico de cada usuário. Fica mais fácil o cruzamento de dados e informações para se construir um determinado conhecimento e uma visão do perfil do indivíduo, da sua família e da população adscrita da área de abrangência.

A construção de um formulário eletrônico orientado pelos programas e padrões estabelecidos para a atenção básica em saúde seria o plano de intervenção, pois a partir do momento que “guiamos” a coleta dos dados, teremos informações padronizadas de fácil acesso e compreensão, disponíveis em tempo real. Nesse aspecto, para o presente trabalho foi feita a opção de construção de um modelo para registro eletrônico baseado no Programa de Saúde da Mulher.

A manualização eletrônica de todas as fases deste processo específico será de fácil manejo por parte do profissional e permitirá também que este mesmo profissional tenha maior conforto e segurança no exercício desta sua nova atividade técnica. Com isso teremos um controle maior na realização do processo de trabalho e na aplicação dos protocolos preconizados pelos programas e também, uma padronização na coleta de informações com maior segurança e direcionamento, possibilitando um melhor planejamento e efetividade das ações a serem executadas pela ESF no território adscrito.

## **2. JUSTIFICATIVA**

O presente trabalho foi motivado pela grande quantidade de informações nos dias atuais que são adquiridas de forma incompletas e inseguras ou mesmo são perdidas, por

não se seguir uma metodologia adequada, dificultando de uma forma geral o controle e a execução de uma “linha guia” dos programas preconizados pelo SUS.

Como situação problema tem a falta de padrão, segurança e metodologia na coleta de dados. A maioria dos médicos, não está totalmente “formada e adaptada” à lógica do PSF e muito menos ao processo de trabalho exigido na execução das tarefas diárias pela ESF.

Na interação com outras ESF do município do Rio de Janeiro, em encontros regionais, observou-se que alguns especialistas querem migrar para o PSF, mas não tem residência ou especialização em Saúde da Família. Assim, hoje no mercado de trabalho do município há um contingente de médicos formados por especialista em outras áreas como Ortopedia, por exemplo, e outra parte por médicos recém-formados, geralmente sem residência ou especialização. E um dos grandes problemas é que nenhum deles está pronto tecnicamente para entrarem no atendimento e aplicação da ESF nas UBS e por tudo isso, possuem diversos medos por não deterem este conhecimento específico.

Seria, portanto necessário uma requalificação destes dois grupos de profissionais para adequá-los a esta nova realidade, que é a lógica do Programa de Saúde da Família e ao Processo de Trabalho a ser realizado por uma ESF

É sabido que o volume de conhecimento específico da Atenção Básica é grande e precisa de tempo e dedicação do profissional “ainda despreparado” para esta lógica de atendimento de saúde, para internalizar este conhecimento.

Uma ferramenta como o prontuário eletrônico capaz de guiar a consulta clínica e a aplicação de todos os programas da ESF tornaria mais fácil a lida diária e consequentemente o “acolhimento” destes profissionais pelos Sistemas de Saúde municipais em todo o Brasil.

### **3. OBJETIVO GERAL**

Criar uma proposta de padrão para coleta de dados por meio de registro eletrônico que possibilite a gestão de informações durante o atendimento diário nas UBS e ainda, que seja um guia seguro para o profissional “desqualificado” aplicar os programas

preconizados pela Estratégia de Saúde da Família, com foco no Programa de Saúde da Mulher.

### **3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conhecer as principais questões relacionadas à fixação de Recursos Humanos no PSF;
- Conhecer os principais conceitos relacionados a padronização de ações no PSF, e o prontuário eletrônico do paciente.
- Elaborar uma proposta para modelo de formulário eletrônico que guie o profissional das ESF nas ações preconizadas no Programa Saúde da Mulher.

### **4. MÉTODO**

Inicialmente foi realizado levantamento bibliográfico para conhecer as questões relacionadas à fixação dos profissionais nas ESF, registro eletrônico e prontuário eletrônico do paciente. Foram pesquisados nas bibliotecas virtuais: WIKIPEDIA, NESCONCEABSF, SCIELO com os seguintes termos de busca: Programa de Saúde da Família, Estratégia de Saúde da Família, Registro Eletrônico, Prontuário Eletrônico, Atenção Básica a Saúde e SUS.

Foram pesquisadas informações atuais nas bases de dados do MS, SES-RJ sobre o protocolos de saúde da Mulher. Essas informações subsidiaram a identificação das variáveis importantes para a gestão clínica do paciente durante o atendimento a mulher e a construção do formulário eletrônico.

Este formulário, que servirá de guia prático para o médico durante a consulta em Saúde da Mulher, será montado inicialmente, de forma bem básica e de fácil manejo na plataforma do *Excel*, o que futuramente irá facilitar diversas tabulações dos dados obtidos

durante o período do trabalho piloto. O profissional irá assinalando, dentro de uma seqüência lógica, todos os campos das respostas de cada quesito avaliado junto à paciente, como por exemplo, a faixa etária, realização de preventivo regularmente, número de abortamentos provocados ou espontâneos, dentre outros.

#### **4.1. Caracterização do campo de estudo**

A UBS onde será desenvolvido este piloto é a do PSF Emydio Cabral, que se encontra localizada no bairro de Paciência, e que está sob a supervisão da Coordenação de Área Programática 5.III (CAP 5.3). Esta UBS era um posto de saúde tradicional e que foi convertido para PSF em julho de 2007, abrigando hoje 8 ESF, dentre elas a Equipe Amarela que será cenário para o desenvolvimento do protótipo deste formulário eletrônico. Durante esse curso de pós graduação foi realizado o diagnóstico da área adscrita dessa equipe e ao traçado o perfil das mulheres acolhidas. Dentre os elementos deste perfil, destaca-se que 51,2% da população total é composta por mulheres, estando 24,57% da faixa etária entre 25 a 39 anos, em relação à escolaridade 18,9% apresentaram ensino fundamental incompleto. Cerca de 57,96% possuem uma faixa de renda mensal entre ½ a 1 salário mínimo, 20,38% procuram uma Unidade Pública de Saúde em caso de doença e 1,56% pertencem a algum grupo religioso.



Figura 1. Área de abrangência do Posto de Saúde Emydio Cabral – RJ



Figura 2. Área de abrangência da Equipe Amarela do PS Saúde Emydio Cabral – RJ

## **5. A CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DE FORMULÁRIO ELETRÔNICO**

O desenvolvimento de uma matriz para orientar a construção de formulário eletrônico terá início com um projeto piloto baseado em protocolos do Programa Saúde da Mulher do MS e da Secretarias Estadual e Municipal do Rio de Janeiro.

### **5.1. Material técnico sobre Saúde da Mulher**

Foram selecionados para orientar a construção do formulário os seguintes documentos técnicos:

- Manual Técnico para o Pré-natal e Puerpério;
- Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST / MS;
- Classificação BI-RADS 4<sup>a</sup> Versão do Colégio Americano de Radiologia;
- Orientações Alimentares Básicas para Gestantes em Acompanhamento Pré-natal do Instituto de Nutrição Annes Dias;
- Fluxo da Garantia do Parto – Cegonha Carioca 2010 e
- Ficha para Avaliação e Controle de Mulheres Grávidas vacinadas inadvertidamente ou que engravidam após vacinação contra Rubéola/SMSDC.

### **5.2. Sobre o formulário Eletrônico**

Para a construção do formulário eletrônico foram realizadas pesquisas com base em trabalhos correlatos sobre Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) que já se encontram em andamento, como podemos ver claramente no caso do Estado de Minas Gerais, em especial no município de Belo Horizonte, pioneiro na implantação neste processo em todo o País. Dentre estes trabalhos Dias (2008) evidencia as vantagens do PEP nos hospitais de Belo Horizonte e as dificuldades na implantação e consolidação desta ferramenta. Zen (2008) avaliou alguns erros na implantação de um sistema baseado em prontuário eletrônico por falta de planejamento técnico que não considerou as características necessárias para atingir a qualidade de uso do sistema por parte do usuário (usabilidade) na Unidade de Cardiologia do Hospital Universitário de Santa Maria.

Nessa última década, tem havido uma progressão na quantidade de trabalhos apresentados nas últimas edições do Congresso Brasileiro de Informática em Saúde

(CBIS), relativos à implantação de sistemas para registro eletrônico em saúde e seus usos na área de assistência e gestão. Hadad et al. (2008) analisam dentre outros o uso da informação gerada pelo Sistema de Informação Saúde em Rede (SISREDE), sistema de prontuário eletrônico implantado nas UBS de Belo Horizonte, para o monitoramento e avaliação de desempenho em saúde por meio de indicadores, observados em tempo real.

É importante destacar que, todo o trabalho de captura de dados e implantação de Registros Eletrônicos precisa garantir o sigilo rigoroso dos dados coletados e isso também faz parte de vários parágrafos no código de ética dos profissionais em saúde.

### **5.3. Desenvolvimento de um padrão para anamnese**

Para o desenvolvimento de uma anamnese padrão, específica para o programa de Saúde da Mulher serão estruturados os requisitos mínimos necessários para o atendimento a saúde da mulher relativos a itens como o desenvolvimento e crescimento da criança, as vacinas no pré-natal, datas previstas para os preventivos, entre outros. Esse conjunto de requisitos será estruturado em forma de formulário eletrônico para coleta de dados pelos profissionais durante o projeto piloto.

Serão realizadas semanalmente reuniões de crítica para avaliação do conteúdo selecionado inicialmente.

Como resultados esperados a serem avaliados neste primeiro momento teremos:

- 1- a praticidade e conforto do profissional em aplicar o Programa durante a consulta (usabilidade);
- 2 - a utilização destes dados colhidos na tomada de decisão para ações a serem desenvolvidas pela ESF deste profissional (planejamento);
- 3 - a formulação do Diagnóstico das mulheres da área adscrita (gestão clínica).

O protótipo desse formulário eletrônico conterá inicialmente parte dos protocolos utilizados no Programa da Saúde da Mulher, mas servirá como modelo para construção futuramente de outros protocolos assistenciais de outros Programas como o da Saúde da Criança, por exemplo.

Como proposta geral o Layout estruturado inicialmente em planilha *Excel* deverá contemplar as seguintes informações seqüenciadas abaixo:

- O diagnóstico e análise da situação de vida das mulheres da população adscrita da ESF.
- A construção de um Processo de Trabalho que preconize uma Rede de Atenção para que lhes sejam garantidos os cuidados:
  1. Aos seus direitos sexuais e reprodutivos.
  2. À gestação e puerpério, com acompanhamento do pré-natal com detecção de risco gestacional;
  3. À mulher na prevenção e controle do câncer cérvico-uterino e de mama;
  4. Ao climatério;
  5. Às condutas no caso de ser vítima de violência sexual.

## **6. CRONOGRAMA**

O tempo de duração deste trabalho está previsto para 4 meses a se iniciar em 01 de janeiro de 2011. Nos primeiros 30 dias será realizado o desenvolvimento da arquitetura dos formulários a serem empregados na coleta dos dados. Os 45 dias seguintes serão empregados na coleta efetiva dos dados através dos formulários e para realização dos ajustes digitais e funcionais necessários. E os 45 dias restantes serão para interpretação e avaliação dos resultados encontrados e posterior finalização do trabalho desenvolvido.

## **7. PLANO ORÇAMENTÁRIO**

Não haverá custos na execução do projeto, uma vez que a UBS já possui os equipamentos, computador e os *softwares* a serem empregados, e os profissionais dominam boa parte da tecnologia a ser utilizada. Os custos adicionais serão assumidos pelo pesquisador na edição do trabalho para entrega oficial como meu TCC do CEABSF – 2008, que no caso está estimado em 300,00 Reais.

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A idéia inicial, motivadora deste trabalho, foi pautada em diversas necessidades profissionais enfrentadas diariamente o processo de trabalho dentro da ESF. Executar o preconizado pelo SUS, em especial pelo Programa de Saúde da Família, dentro de padrões capazes de gerar resultados e transformações seguras exige muita técnica e observação constante na mudança de paradigmas e conceitos.

O prontuário eletrônico do paciente é uma ferramenta importantíssima nesta direção que já se encontra em processo de consolidação nacional. Para isso um formulário eletrônico bem estruturado e testado no processo de trabalho da ESF é de suma importância na captação padronizada de dados e acolhimento do profissional de saúde, dentre eles, o médico. Dessa maneira teremos uma gestão de informações mais correta, capaz de servir de base para a tomada segura de decisões não só pela ESF, mas também pelos gestores públicos, gerando com isso resultados positivos mais efetivos a curto, médio e longo prazo.

## **9. REFERÊNCIAS**

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. et al. **A Estratégia Saúde da Família**. In: Bruce Bartholow Duncan; Maria Inês Schmidt; Elsa R. J. Giugiani. (Org.). **Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências**. 3<sup>a</sup> Edição. Porto Alegre (RS): Artmed, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria SAS/ N° 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria SAS/Nº 623, de 24 de agosto de 2006**. Estabelece o cronograma para envio das bases de dados dos Sistemas de Informações Ambulatorial - SIA e Informação Hospitalar Descentralizado - SIHD/SUS, do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, e da Comunicação de Internação Hospitalar – CIH. Determina que as Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e as Secretarias Municipais de Saúde encaminhem o banco de dados do SCNES, SIA e do SIHD/SUS ao Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE/ Secretaria Executiva/ Departamento de Informação e Informática do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde** Proposta Versão 2.0 (Inclui deliberações da 12ª. Conferência Nacional de Saúde). Brasília, 29 de março de 2004. Disponível em:

<[http://w3.datasus.gov.br/APRESENTACAO/PoliticaInformacaoSaude29\\_03\\_2004.pdf](http://w3.datasus.gov.br/APRESENTACAO/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf)>

CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda. **Por que o médico não fica? Satisfação no Trabalho e Rotatividade dos Médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo.** Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo, 2005

COELHO, Ivan Batista. **As propostas de modelos alternativos em saúde.** Artigo 2006, 32p. Disponível em:

<<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000001702>>

Acesso em 28 de setembro de 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.821 de 23 nov. 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 . Publicada no D.O.U. de 23 nov. 2007, Seção I, pg. 252. 2007. Disponível em:

<[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1821\\_2007.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1821_2007.htm)>. Acesso em 25 de outubro de 2010.

CORDEIRO, Hesio et al. **Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família na Região Norte do Brasil.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [ 3 ]: 695-710, 2009

DIAS, Juliana L. **A utilização do prontuário eletrônico do paciente pelos hospitais de Belo Horizonte.** Revista TEXTOS de la CiberSociedad, 16. Monográfico: Internet, sistemas interativos e saúde. 2008. Disponível em: <<http://www.cibersociedad.net>>

FARIA, Horácio P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde.** 2. Edição. Belo Horizonte: Nescon/UFMG,Coopmed, 2010.

FERREIRA, J.M.; HADAD, S.C. **O cenário atual dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS),** Belo Horizonte, 2007.11p. Mimeografado.

GUGLIEMI, Maria Cristina. **A Política Pública “Saúde da Família” e a Permanência – Fixação – Do Profissional em Medicina: um estudo de campo em Pernambuco.** 2006. Tese (doutorado) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro IMS / Política, Planejamento e Administração em Saúde, Rio de Janeiro, 2006.

HADAD,S.C.,PEREIRA,L.C.B.,WEBER,M.G.C.,REIS,G.,MEDEIROS,E.M.N.P.,RUAS, S.M.M., SANTOS,A.F..**O Sistema Gestão Saúde em Rede e o uso de indicadores para monitoramento de saúde.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE 2008, Campos do Jordão. Anais e Programação do CBIS, 2008.

MAIA, T.ABREU; HADAD, S.C.O.2009. 14p. **O Prontuário Eletrônico no Contexto da Gestão Clínica e das Redes de Atenção à Saúde: Análise Exploratória.** Trabalho de Conclusão de Curso do MBA Gestão Estratégica em Saúde – UNA Belo Horizonte, 2009.

MASSAD, E. MARIN, H.F. AZEVEDO NETO, R.S. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico.** Editores; colaboradores Antonio Carlos Onofre Lira. – São Paulo: H. de F. Marin, 2003.

MENDES E.V. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira. **Vivenciando a Gravidez de Alto Risco: entre a luz e a escuridão.** Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG, 2008

PERPÉTUO,I.H.O.[et al.] **A categoria profissional dos médicos: fatores condicionantes da sua atração e fixação na Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais.** Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One / UFMG, 2009.

ROCHA, A. A. R. M; TRAD, L. A. B. **A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática.** Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.17, p.303-16, mar/ago 2005.

RODRIGUES, R. B. **Atração e retenção e a lógica da gestão de recursos humanos - Um estudo sobre os médicos do programa saúde da família (PSF) em Belo horizonte.** Dissertação (Mestrado em Administração) - CEPEAD/UFMG, Belo Horizonte, 2008.

RODRIGUES, R. B.; BARBOSA, A. C. Q. **Atração, retenção e a lógica da gestão de recursos humanos: um estudo sobre os médicos da saúde da família em Belo Horizonte.** Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One / UFMG, 2009.

SCHMIDT, I.; GIUGLIANI, Elsa R.J. (Org.). **Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências.** 3<sup>a</sup> Edição. Porto Alegre (RS): Artmed, 2004.

SEIXAS, P. H. **Médicos em saúde da família na cidade de São Paulo.** 2006. Disponível em: <[http://www.observerhsp.org.br/projetos/textos/1rota\\_cargos\\_ses.html](http://www.observerhsp.org.br/projetos/textos/1rota_cargos_ses.html)> acessado em 20/03/2010.

SEIXAS, P.H.; STELLA, R.C.R. **Médicos e mercado de trabalho: experiências de interiorização, estímulos e alternativas de fixação.** In: NEGRI, B; FARIA R.; D'ÁVILA,A.L. (orgs). **Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho.** Campinas, 2002.

SILVA, J.W.N. **Informação na Gestão Pública da Saúde sob Uma Ótica Transdisciplinar: Do global ao local em Minas Gerais.** Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde/UFMG, 2009.

SITTIG, D.F. “**Advantages of computer based medical records**”. Informatics Review. Jan,1999. Disponível em: <<http://www.informatics-review.com/thoughts/advantages.html>>

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.726p.

WONCA – EUROPA. **A definição européia de medicina geral e familiar (clínica geral / medicina familiar).** 2002. Disponível em: <<http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>>. Acesso em 25/10/2010.

WONCA – IBEROAMERICANA. **Carta de Fortaleza.** In: III CÚPULA IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR. Fortaleza, Brasil. 29 e 30 de abril de 2008.

ZEN, E.. **Melhora da Produtividade no uso do Prontuário Eletrônico do Paciente Utilizando a Engenharia da Usabilidade.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE 2008, Campos do Jordão. Anais e Programação do CBIS 2008.