

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO MÃE-BEBÊ / HNSC
Dificuldades e Necessidades de Uso dos Profissionais Envolvidos

AUTORA

DINARA DORNFELD

ORIENTADORA

LISIANE BOER POSSA

Projeto de Pesquisa Apresentado à Fundação Oswaldo Cruz Como Requisito Parcial à
Obtenção do Título de Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Porto Alegre, setembro de 2005.

SUMÁRIO

1. Introdução	03
2. Justificativa	05
3. Objetivos	06
3.1 Geral	06
3.2 Específicos	06
4. Referencial Teórico	07
5. Procedimentos Metodológicos	13
6. Cronograma	17
7. Referências	18
8. Anexos	23
Anexo I - Tópico guia para observação de campo	24
Anexo II - Termo de consentimento informado	26

1. INTRODUÇÃO

A constatação de que o modelo hegemônico atual de atenção à saúde, baseado nas doenças e na fragmentação do indivíduo, não está dando conta em atender às reais necessidades da população é compartilhada por muitos profissionais da saúde.

Em contrapartida, novos desenhos fundamentados no princípio da integralidade da atenção estão se afirmando nas instituições, em que a base para todas as ações em saúde são as necessidades do usuário-paciente e não mais a lógica normativo-tecnista das categorias profissionais ou da instituição.

A organização do processo de trabalho em linhas de cuidado está embasada neste princípio, em que a produção e responsabilização pelo cuidado seguem uma linha contínua e que se transversaliza, atravessando vários lugares do hospital ou mesmo outros serviços de saúde. (Cecílio e Merhy, 2003).

Com o diagnóstico técnico-assistencial do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) constatou-se a fragmentação da organização do cuidado e procurou se instituir esta nova modelagem de atenção à saúde. Estão sendo criadas as Linhas de Cuidado como estratégia para a reorganização do processo de trabalho com vistas à integralização do cuidado.

A Linha de Cuidado Mãe-Bebê (LCMB), primeira linha de cuidado do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), tem por objetivo articular os serviços que atendem a gestante desde o pré-natal (Ambulatório de pré-natal do HNSC e a Rede Ambulatorial Básica de Porto Alegre, tendo o HNSC como referência hospitalar), passando pelo parto no Centro Obstétrico (CO), Alojamento Conjunto (AC), até a revisão puerperal na mesma rede.

Para atender a esta interligação dos diversos serviços foi desenvolvido um sistema informatizado, que visa unificar as informações, eliminando registros repetidos e dispersos, permitindo acesso rápido e fidedigno, tanto dos profissionais que estão envolvidos diretamente na prestação do cuidado, quanto da gestão no que tange a tomada de decisões.

Contudo se percebeu uma dificuldade destes profissionais em se apropriar desta “nova ferramenta” e de reconhecê-la como facilitadora do seu trabalho.

Frente a esta constatação, este estudo exploratório-descritivo buscará responder ao seguinte questionamento: quais as dificuldades e necessidades dos profissionais e dos gestores do CO / HNSC em relação aos Sistemas de Informação (SI) da LCMB para que esses contribuam com a integralidade do cuidado das mães e bebês atendidos no serviço?

Buscando compreender melhor esta realidade, o referencial teórico abordará a modelagem da atenção e a organização dos serviços e processos de trabalho, as contribuições das tecnologias da informação e comunicação neste contexto, bem como os sistemas de informação em saúde.

2. JUSTIFICATIVA

Toda a instituição ou serviço que implanta uma mudança inovadora tem o mérito de ter sido o primeiro - o pioneiro - porém, pode experimentar certas dificuldades nunca antes vivenciadas. A exposição não somente do que “deu certo”, mas também dos obstáculos e do que foi feito para superá-los serve de aprendizado e é o passo inicial para o sucesso de muitos outros implementos.

Desde a implantação da LCMB, há pouco mais de um ano, muitas conquistas já foram alcançadas. A partir da regionalização, todas as gestantes que realizam pré-natal no HNSC e nos postos de saúde que pertencem a esta área de abrangência hospitalar têm seu atendimento ao parto assegurado neste hospital. Igualmente, as puérperas com alta hospitalar têm marcada a sua consulta de revisão e de seu bebê, via hospital, no posto de saúde próximo à sua residência.

O sistema informatizado, implantado inicialmente no Centro Obstétrico, disponibiliza dados quanto ao perfil das usuárias deste serviço e quanto ao atendimento oferecido, cujas informações estão sendo utilizadas pela gestão com o objetivo de organizar o atendimento integralizado.

No entanto, se percebe que os profissionais que atuam neste serviço como equipes médica, de enfermagem e pessoal administrativo não aproveitam o suficiente este recurso disponível, que se torna, muitas vezes, subutilizado ou até incorretamente alimentado.

Com esta verificação, surgiu o interesse de identificar quais as dificuldades e as necessidades que estes profissionais sentem, não somente em relação às informações que estão informatizadas, mas também aos demais Sistemas de Informação existentes no serviço. Acredita-se que, a partir deste entendimento, será possível aperfeiçoar a utilização destes sistemas e o seu real aproveitamento.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

- Analisar as dificuldades e as necessidades dos profissionais e dos gestores do CO / HNSC em relação aos SI, para que esses contribuam com a integralidade do cuidado das mães e bebês atendidos no serviço.

3.2 Específicos

- Identificar os Sistemas de Informação existentes no Centro Obstétrico;
- Reconhecer as dificuldades existentes frente aos métodos utilizados para obter a informação;
- Analisar se os conhecimentos gerados pelos SI existentes estão atendendo às necessidades dos profissionais e dos gestores e da integralidade do cuidado das mães e bebês;
- Analisar se estes SI estão refletindo a realidade do CO sob o ponto de vista dos profissionais e dos gestores.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 A Modelagem da Atenção e a Organização dos Serviços e Processos de Trabalho

A maneira como a sociedade organiza seus recursos humanos, tecnológicos e materiais para enfrentar os problemas de saúde pode ser evidenciada pelo modelo de atenção à saúde vigente. Este modelo determina como são organizados os níveis de assistência à saúde e tem influência nas modalidades de atenção, no perfil dos recursos humanos que proporcionam a atenção, no seu processo de trabalho, no tipo de serviços que serão disponibilizados por nível de atenção, nas relações entre os serviços e os usuários, na participação comunitária, na intersetorialidade e nos mecanismos de financiamento (MS/SAS, 2004).

O sistema público de saúde convive, atualmente, com dois modelos tecno-assistenciais antagônicos: o modelo biomédico hegemônico, com características medicalocêntricas e hospitalocêntricas, centrado no conhecimento especializado, nos equipamentos, máquinas e fármacos; e o da integralidade do cuidado, em que o acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade são eixos centrais desse modelo em defesa da vida (Ramos e Lima, 2003).

O modelo biomédico que se sustenta, com forte influência Taylorista – divisão do trabalho e fragmentação do saber, decorrentes do parcelamento das tarefas e da separação entre concepção e execução - oferece um conjunto de serviços de saúde que, do ponto de vista do usuário, não está atendendo às suas necessidades. Nos hospitais públicos se observa uma combinação entre excesso de demanda com ociosidade, sucateamento material e humano, falta de interligação com os demais serviços de saúde, associados ao descaso e ao desrespeito pela população que procura atendimento (Rollo, 1997).

O modelo hegemônico em questão estimula uma postura dos trabalhadores da saúde que procura tratar o usuário, ou qualquer outro profissional, de uma maneira impessoal e descompromissada (Merhy, 1994). O paciente encaminhado é considerado problema

resolvido, não havendo nenhuma preocupação quanto à garantia do seu acesso aos demais níveis de assistência. É possível afirmar que existe uma alienação destes profissionais em relação ao seu processo de trabalho. Este fenômeno é mais evidente no médico, porém atinge todas as ocupações do serviço de saúde. É observado um desapego em relação ao ambiente de trabalho, e qualquer tentativa de melhorar o desempenho destes serviços por parte dos gerentes das unidades de saúde não conta com o envolvimento do corpo clínico, nem dos demais profissionais (Campos, 1994).

Em relação às políticas de saúde, impregnadas deste modelo, destacam-se programas de promoção e prevenção sobre os usuários e não com a participação deles. Estas ações levam conseqüentemente à ineficácia dos programas ao tentar

“(…) manipular e controlar o desejo, o interesse e os valores das pessoas, em função de necessidades oriundas de normas estabelecidas pela epidemiologia ou pela lógica política ou administrativa” (Campos, 2003, p. 25).

De modo geral, o usuário não se queixa da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas da falta de interesse e responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema (Merhy, 1999).

Em contraponto a esta situação, ascende o modelo de atenção à saúde fundamentado no princípio da integralidade. A noção de integralidade surge de uma lacuna - um vazio - entre a “medicalização avassaladora que normaliza a vida dos indivíduos e o exercício de práticas supostamente terapêuticas que o desumanizam” (Camargo, 2003, p.40).

Para alguns autores que abordam este tema, o cotidiano dos serviços de saúde é entendido como o meio social onde se expressam não somente experiências de vida, mas também contextos de relações sociais distintas. A organização das práticas de saúde dentro destes serviços está intimamente relacionada à oferta e à demanda pelos mesmos e pode ser influenciada pelo usuário, pelo profissional de saúde e pela instituição. Estes autores acreditam que, para que se instale alguma mudança, deve haver um deslocamento da ênfase na doença para centrá-la no indivíduo concreto portador de alguma enfermidade, uma comunicação permanente entre os profissionais da saúde e também entre os diferentes serviços - com responsabilização e criação de vínculo - e, igualmente, uma valorização profissional, numa combinação de trabalho, prática social

e remuneração (Mendes, 1996; Rollo, 1997; MS/SIS, 2001; Pinheiro e Luz, 2003; Campos, 2003; Puccini e Cecílio, 2004; Chaves, 2005).

Sendo assim, este modelo propõe a democratização do processo de trabalho na organização dos serviços, com a horizontalização de saberes e a promoção de atividades multiprofissionais e interdisciplinares, que incorporem a renovação das práticas de saúde, numa perspectiva de integralidade, em que a valorização do cuidado é a base fundamental para a política de saúde, que se desenvolve ativamente no cotidiano dos serviços. Estas propostas envolvem uma estreita associação entre recursos humanos, materiais, informacionais e financeiros, considerando o sujeito usuário como centro e objetivo de suas atividades (Pinheiro e Luz, 2003).

A integralidade pressupõe transversalidade, seja entre profissionais, setores ou instituições. A articulação em rede entre os diversos setores de um estabelecimento, bem como deste com outros, determina uma continuidade no atendimento, seguindo uma linha de cuidado.

A gestão dos serviços de saúde por meio de linhas de cuidado pretende criar mecanismos que facilitem a coordenação articulada da prática dos vários profissionais envolvidos no cuidado. Com a criação de canais de comunicação mais definidos, solidários e menos ruidosos, a responsabilização pelo cuidado se dá numa linha contínua que atravessa vários lugares, tanto do hospital, quanto de outras instituições e serviços de saúde (Cecílio e Merhy, 2003).

Com uma rede interligada, os profissionais da saúde trocam informações, compartilham conhecimentos e têm uma visão geral das ações de atendimento disponibilizadas ao indivíduo atendido e à população em geral. Neste contexto, a Tecnologia da Informação e Comunicação torna-se fundamental no sentido de construir um suporte para que este intercâmbio se estabeleça.

4.2 As Contribuições das Tecnologias de Informação e Comunicação

Por Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) se entende: um conjunto de componentes utilizados para viabilizar o tratamento de informações, envolvendo

computadores, softwares, redes de comunicação eletrônicas, redes digitais de serviços, tecnologias de telecomunicações, protocolos de transmissão de dados, etc. (Di Agustini, 2005).

Na verdade, as TICs não resolvem todos os problemas de trabalho, porém seu uso e suas potencialidades contribuem, em boa parte, para a solução destes. Acelerando um processo de ligação que se torna mais ágil, as redes de comunicação, espontâneas ou informais, envolvendo pessoas de dentro ou de fora da instituição, permitem, com a troca de experiências, novas abordagens para problemas comuns (Silva, 2004; Remy, 2005).

Por meio de conexões de alta velocidade, os profissionais realizam videoconferências, discutem casos clínicos, definem diagnósticos e tratamentos, e participam inclusive de cirurgias à distância. Nos casos mais complexos, é possível ouvir uma segunda opinião de especialistas de hospitais em outros países. Esta TIC se tornou um recurso de capacitação e atualização profissional. (Sposito, 2004).

Dentro da instituição, as redes de comunicação possibilitam que as pessoas tenham uma visão holística, ou seja, uma imagem única de todos os elementos da organização. Dessa forma, torna-se mais seguro tomar decisões relativas a uma dimensão, visto que suas repercussões em outras dimensões estão sendo consideradas (Silva, 2002). Esta colocação tem relevância num serviço de saúde organizado em linhas de cuidado, tendo em vista que o profissional que está prestando um atendimento possui consciência de que seus atos poderão repercutir em outros serviços relacionados.

Como ferramenta, as TICs objetivam tratar as informações. Nesta perspectiva, tais tecnologias precisam estar a serviço das informações e da comunicação que são necessárias para qualificar o atendimento das pessoas sob cuidado, fortalecendo vínculo, garantindo acesso, propiciando responsabilização e resolutividade em cada atendimento e articulando a rede de serviços, conforme as necessidades dos usuários. Ou seja, as TICs potencializam as informações e a comunicação com vistas a contribuir com a “imagem objetivo” da integralidade da atenção.

4.3 Os Sistemas de Informação em Saúde

No Sistema Único de Saúde, os Sistemas de Informação são cada vez mais valorizados como ferramentas fundamentais para o processo de tomada de decisões. Seu propósito é selecionar dados pertinentes e transformá-los em informações para aqueles que planejam, financiam, provêem e avaliam os serviços de saúde.

O Sistema de Informação em Saúde (SIS) deve ser concebido como produtor de conhecimentos e como descritor de uma realidade. Um SIS deve assegurar a avaliação permanente da situação de saúde da população e dos resultados das ações de saúde executadas, fornecendo elementos para, continuamente, adequar estas ações aos objetivos do SUS (Ferreira, 2001).

O Sistema de Saúde Brasileiro tem larga experiência com a captura e o uso de informações. No entanto, ela ainda está muito voltada para o acompanhamento da produção de serviços com vistas ao faturamento (Cunha, 2002; Cohn, Westphal, Elias, 2005). Com a atual política de reforma do modelo de atenção à saúde, outros critérios de financiamento estão sendo preconizados, como, por exemplo, os de base populacional, geográfica, assistencial e relativa ao controle social (Ferla, Ceccim e Pelegrini, 2003; MS/SAS, 2004).

Estas mudanças também impuseram uma nova percepção sobre a informação em saúde (Medina, Aquino, Carvalho, 2000). Muitos gestores e profissionais da saúde compartilham a idéia de que a pronta utilização de informações, disponíveis eletronicamente, representa ferramenta valiosa, auxiliando, orientando e determinando prioridades. Os profissionais de saúde por meio das informações registradas podem monitorar, avaliar, planejar o trabalho realizado e programar novas estratégias de atuação (Moreira, 2003).

Estes pressupostos também apontam para a necessidade de clareza sobre quem serão os usuários da informação e o que precisamente eles querem (Branco, 1996). O interesse pela informação deve ser suficiente para garantir o incentivo à coleta, processamento e análise dos dados, sob pena do descrédito do sistema e desperdício de tempo e recursos.

Desse modo, é ressaltada a importância de que os geradores/usuários das informações participem no planejamento, implantação, implementação e avaliação dos sistemas de informação (Scochi, Santos e Évora, 1991; Évora, 1993; Guimarães, 1995; Barros, Fakih e Michel, 2002; Gomes, 2005).

Por outro lado, quando a integralidade passa a ser o eixo norteador da organização dos serviços e dos processos de trabalho, as informações e a comunicação devem contribuir para a articulação dos serviços e dos diferentes saberes e fazeres das equipes de saúde, para que o cuidado prestado supere a perspectiva parcelada, fragmenta e estanque das ações sobre a doença, enfim, que se constituam em informações e processos de comunicação potencializadores do cuidado das pessoas e de suas necessidades (Cecílio, 2001).

Considerando o que foi posto, fica evidente a contribuição das TICs no compartilhamento de informações e na socialização dos conhecimentos, seja nas instituições ou nos meios informais. Existe uma tendência para que, cada vez mais, as pessoas abandonem sua postura isolada e procurem contribuir efetivamente na formação de linguagens comuns com outros departamentos, em especial naqueles processos em que atuam em conjunto (Silva, 2002).

No campo da saúde, muitos profissionais estão lançando mão destas ferramentas para aprimorarem seus conhecimentos e qualificarem seu atendimento, tornando-o mais integralizado e resolutivo. Contudo, há que se romper com o comodismo e a alienação de muitos outros que consideram o seu conhecimento tácito suficiente para o desenvolvimento do seu trabalho e a responsabilização pela continuidade do cuidado um tanto alheio às suas atribuições.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo exploratório-descritivo. Segundo Triviños (1987), o estudo exploratório-descritivo busca aprofundar o conhecimento de uma realidade específica descrevendo-a com precisão e podendo inclusive levantar questionamentos para pesquisas posteriores.

A população a ser estudada serão os profissionais do CO / LCMB envolvidos com a produção e utilização da informação, em que se destacam médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, pessoal administrativo, de nutrição e de higienização.

A pesquisa contemplará três momentos: coleta de dados, observação de campo e entrevista individual. Segundo alguns pesquisadores, a combinação de dois ou mais métodos são relevantes para a qualidade dos resultados na pesquisa qualitativa (Ruiz Olabuenaga, 1999; Gaskell, 2003).

5.1 Coleta de Dados

A pesquisadora realizará um levantamento de todos os Sistemas de Informação existentes no Centro Obstétrico e a sua finalidade. Estes dados servirão de subsídios para os procedimentos subseqüentes.

5.2 Observação de Campo

Para Ruiz Olabuenaga (1999), por meio da observação, o pesquisador identifica situações que possibilitarão a interpretação do que ocorre e com isso, obter um conhecimento mais sistemático, profundo e completo da realidade que observa. De acordo com o mesmo autor, o tempo e o desenrolar da investigação poderão identificar quais as pessoas e os cenários estratégicos através dos quais será possível captar melhor significado.

Durante um período de duas horas, um dia por semana, por quatro semanas consecutivas, a pesquisadora fará uma observação não-participante, buscando identificar como circula a informação no serviço em estudo, os cenários e a atuação dos atores envolvidos.

Esta atividade terá um tópico guia (Anexo I) que servirá de norteador para as observações. Este instrumento poderá sofrer algumas modificações, se no decorrer das observações a pesquisadora julgar necessário.

5.3 Entrevista Individual Semi-Estruturada

De acordo com Gaskell (2003), por meio da entrevista, o pesquisador pode obter esclarecimentos e acréscimos em pontos relevantes da investigação. Estas considerações podem ser levantadas nas hipóteses iniciais, bem como apontadas na coleta de dados e/ou na observação de campo. Para Colognese e Mélo (1998) a entrevista semi-estruturada prevê a formulação da maioria das perguntas com antecedência e o pesquisador segue um roteiro mais ou menos preciso e ordenado de questões.

Segundo Gaskell (2003), existe um número limitado de versões da realidade, por esse motivo torna-se necessário eleger um *corpus* a ser analisado. Para a construção deste *corpus*, bem como para a definição das questões propostas nas entrevistas parte-se de algumas hipóteses que orientam inicialmente o trabalho, quais sejam: os profissionais não opinam no planejamento do método de registro e da escolha e definição das informações; os profissionais não têm conhecimento da finalidade de registro de muitas das informações existentes, e por isso, não colaboram com os registros; as dificuldades e necessidades dos profissionais em relação aos SI são diferentes em relação à categoria, gestão / assistência, turno de trabalho, tempo de serviço; nem todos os profissionais têm facilidade de compreender a integralidade da atenção em saúde, tendo maior domínio de fragmentos do cuidado; há resistência aos SI e sistematização das informações pelo receio ao controle sobre o processo de trabalho individual; a demanda por informações coletivas e dos processos de trabalho têm destaque para os gestores e são ignorados pelos profissionais da assistência.

Dessa maneira, serão escolhidos para as entrevistas os profissionais que atendam às seguintes classificações: encontrar-se na situação de contratado e desempenhar suas funções há mais de um ano neste serviço - conseqüentemente, médicos residentes, doutorandos, estagiários ou funcionários em período probatório não poderão fazer parte desta população, pois se entende que não possuem vínculo, nem mesmo conhecimento suficiente do cotidiano e das rotinas do CO. Igualmente, serão selecionados profissionais contemplando categoria profissional, tempo de serviço, atuação na gestão e na assistência e turno de trabalho.

Em relação ao número de entrevistados, será usado o critério de saturação dos sentidos, que, de acordo com o autor acima citado, no momento em que o pesquisador percebe que não aparecerão novas surpresas ou percepções nas entrevistas e, partindo para a compreensão das informações, a avaliação do fenômeno é corroborada, está sinalizado que é tempo de parar.

Para a realização das entrevistas será elaborado um instrumento com perguntas abertas que servirá de referencial norteador. Tal instrumento será confeccionado após a coleta de dados e o processo de observação, tendo como referências as hipóteses já elencadas e outras decorrentes destas etapas da pesquisa.

Em todas as entrevistas será fornecido ao entrevistado um termo de consentimento informado do respondente (Anexo II), em que é garantido o caráter confidencial das informações relacionadas à sua privacidade, atendendo-se aos preceitos éticos de pesquisa na área da saúde.

Os dados serão coletados pela pesquisadora por meio de entrevistas previamente agendadas, realizadas no próprio local de trabalho ou na residência dos pesquisados no período estipulado conforme cronograma.

No momento da entrevista, realizar-se-á uma breve explanação sobre a pesquisa, com a finalidade de deixar o entrevistado à vontade para dar início à entrevista propriamente dita. Também será explicitado que o entrevistado tem o direito de não participar se assim o desejar. Caso concorde em ser entrevistado, será solicitado que o mesmo assine o termo de consentimento.

As informações serão gravadas, com autorização do entrevistado, e posteriormente transcritas, como forma de assegurar maior fidedignidade aos dados coletados.

Finalmente, com o objetivo de não permitir identificação dos sujeitos entrevistados, os achados serão trabalhados por codificação dos profissionais.

Os dados obtidos serão analisados segundo o método da Análise de Conteúdo proposto por Bardin (1977) - técnica que possibilita a verificação de hipóteses e a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos - e consiste em:

- Leitura das informações registradas durante a entrevista;
- Releitura das mesmas com o objetivo de organizar os dados através de uma análise temática, agrupando-os em categorias de acordo com caracteres em comum.

6. CRONOGRAMA

Atividades	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Revisão da literatura												
Elaboração de instrumentos de coleta *												
Coleta de dados												
Observação de campo												
Entrevistas individuais												
Elaboração do Relatório Final												

* Durante o desenvolvimento da pesquisa serão elaborados instrumentos específicos de coleta, de acordo com os dados levantados.

7. REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, A. L. B. L. de; FAKIH, F. T.; MICHEL, J. L. M. O uso do computador como ferramenta para a implementação do processo de enfermagem: a experiência do Hospital São Paulo/UNIFESP. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [São Paulo]: v. 55, n. 6, p. 714-719, nov./dez., 2002.

BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 12, n. 2, p. 125-131, abr./jun., 1996.

CHAVES, M. M. **Complexidade e Transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor saúde**. Disponível em: <<http://www.ufrj.br/leptrans/3.pdf> > Acesso em 12/08/05.

CAMARGO, K. R. de. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p. 35-44, 2003.

CAMPOS, G. W. de S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CECILIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (Org.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p. 113-126, 2001.

_____; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p. 197-210, 2003.

COHN, A.; WESTPHAL, M. F.; ELIAS, P. E. Informação e decisão política em saúde. **Revista de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 39, n. 1, p. 114-121, fev., 2005.

COLOGNESE, S. A.; MÉLO, J. L. B. de. A técnica de entrevista na pesquisa social. **Cadernos de Sociologia**. Porto Alegre: v. 9, p. 143–159, 1998.

CUNHA, R. E. da. Cartão Nacional de Saúde: os desafios da concepção e implantação de um sistema nacional de captura de informações de atendimento em saúde. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v. 7, n. 4, 2002.

DI AGUSTINI, A. M. V. **Organização virtual: um novo paradigma organizacional para o século XXI**. Disponível em:

<<http://www.revista.unicamp.br/infotec/artigos/anapatr.html>> Acesso em 25/06/05.

ÉVORA, Y. D. M. **Enfermagem e informática: tendências atuais e perspectivas futuras**. 1993. 230f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; PELEGRINI, M. L. M. de. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p. 61-88, 2003.

FERREIRA, S. M. G. Sistema de Informação em saúde. In: Campos, F. E.; Werneck, G. A. F.; Tonon, L. M. (org.). Vigilância Sanitária. **Caderno de Saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, v.4, 129p., 2001.

Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/Institucional/snvs/coprh/cad_saude/cad_saude4.pdf>.

Acesso em 29/08/05.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W. e GASKELL, G. (orgs.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

GUIMARÃES, E. M. P. **Sistemas de informação: subsídios para organização e utilização na coordenação da assistência de enfermagem**. 1995. 119f. Tese (Mestrado). Escola de Biblioteconomia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

GOLDIM, J. R. Instrumento de coleta de dados. **Revista HCPA**, Porto Alegre: v. 10, n. 2, p. 120-124, 1990.

GOMES, M. A. G., et al. **Prontuário eletrônico odontológico – Curitiba avançando na saúde bucal**. Disponível em: <www.avesta.com.br/anais/dados/trabalhos/451.pdf>
Acesso em 10/06/05.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A. L. B. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro: n. 21, p. 15-28, dez., 2000.

MENDES, E. V.. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, E. E. Em Busca da Qualidade dos Serviços de Saúde: Os Serviços de Porta Aberta para a Saúde e o Modelo Técnico Assistencial em Defesa da Vida (ou Como Aproveitar os Ruídos do Cotidiano dos Serviços de Saúde e Colegiadamente Reorganizar o Processo de Trabalho na Busca da Qualidade das Ações de Saúde), In: CECÍLIO, L.C.O. **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: HUCITEC, p. 117-160, 1994.

_____. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde.** Campinas: UNICAMP; 1999 [mimeo].

MOREIRA, G. V. **SIH/SUS como fonte para a produção de indicadores de morbidade para a gestão dos serviços de saúde.** 2003. 63p. Tese (Mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Coordenação Geral de Atenção Hospitalar. **Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira.** Edição / distribuição dirigida. Brasília – DF, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde – SIS. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - PROFAE. **Formação: humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência.** Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, n. 2, 2001.

RUIZ OLABUENAGA, J. J. **Metodologia de la investigación cualitativa.** 2ª Ed. Bilbao: Universidade de Deusto, 1999.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p. 07-34, 2003.

PUCCINI, P. de T.; CECILIO, L. C. de O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro: v. 20, n. 5, p. 1342-1353, set/out, 2004.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro: v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev., 2003.

REMY, M. A. P. de A. **Agilidade de Informação e as relações com tempo e espaço.**

Disponível em: <<http://www.revista.unicamp.br/infotec/artigos/alice3.html>> Acesso em 25/06/05.

ROLLO, A. de A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público?

In: Merhy, E. E. e Onocko. **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, p. 321-352, 1997.

SILVA, S. L. da. Informação e Competitividade: a contextualização da gestão do conhecimento nos processos organizacionais. **Ciência da Informação.** Brasília: v. 31, n. 2, p. 142-151, maio/ago. 2002.

_____. Gestão do Conhecimento: uma revisão crítica orientada pela abordagem da criação do conhecimento. **Ciência da Informação.** Brasília: v. 33, n. 2, p. 143-151, 2004.

SCOCHI, C. G. S.; SANTOS, B. R. L. dos; ÉVORA, Y. D. M. A informática na prática de enfermagem: um novo desafio para o enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** [Porto Alegre]: v. 12, n. 2, p. 19-22, jul. 1991.

SPOSITO, R. Tratamento à distância: a alta velocidade se infiltra em hospitais e laboratórios do país. **Info.** [S.l.]: v.19, n.218, p.78-81, maio, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais; a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

8. ANEXOS

Anexo I - Tópico guia para observação de campo

Anexo II - Termo de consentimento informado

ANEXO I

TÓPICO GUIA PARA OBSERVAÇÃO DE CAMPO

TÓPICO GUIA PARA OBSERVAÇÃO DE CAMPO

- * Como as informações circulam na equipe – verbal, escrita, informatizada?

- * Que informações são registradas e quem registra?

- * Existem colaboração e empenho no registro das informações?

- * Há queixas / cobranças com relação às informações existentes – demora dificuldades, tempo gasto com registros?

- * As informações abordam o indivíduo, pessoa sob cuidado? Ou a doença e os procedimentos?

ANEXO II

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO DO PARTICIPANTE DA INVESTIGAÇÃO SOBRE AS DIFICULDADES E NECESSIDADES DOS PROFISSIONAIS E DOS GESTORES EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO CO/HNSC

Solicito sua colaboração no sentido de participar da presente investigação. O objetivo desta pesquisa é identificar as dificuldades e necessidades dos profissionais da saúde e da gestão do CO / HNSC em relação aos Sistemas de Informação.

Não detenho nenhum cargo administrativo nesta instituição, sendo que esta tomará conhecimento dos resultados quando eles forem publicados no relatório final, no qual estará assegurado o anonimato dos componentes da amostra. Os resultados deste questionário são estritamente confidenciais e em nenhum caso serão acessíveis a outras pessoas.

Pelo presente Consentimento Pós Informação*, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa, do questionário a que responderei e dos benefícios desta pesquisa. Fui igualmente informado:

- da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à investigação;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo a mim ou ao paciente do qual estou acompanhando;
- da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que essa possa afetar minha vontade de continuar participando.

A pesquisadora responsável por esse projeto é Dinara Dornfeld, enfermeira da Unidade Neonatal da LCMB deste hospital e aluna do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica para a Saúde – GHC / FIOCRUZ -, tendo esse documento sido revisado e aprovado pelo comitê de ética dessa instituição.

Nome e assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Data: _____

* - O presente documento, baseado nos artigos 10 a 16 das Normas de Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Goldim, 1990), foi assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do sujeito da amostra e/ou da instituição selecionada e outra com a pesquisadora.