



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
MESTRADO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO**

ANGELA CRISTINA CORDEIRO DE SOUZA

**INFORMAÇÃO E TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM
SAÚDE:
FONTES E MECANISMOS DE TRANSFERÊNCIA DE
CONHECIMENTO PARA A GESTÃO DO SUS EM HOSPITAIS
COM TERMO DE ADESÃO À REDE INOVARH-BA**

SALVADOR
2017

ANGELA CRISTINA CORDEIRO DE SOUZA

**Informação e Tecnologias de Informação em Saúde:
fontes e mecanismos de transferência de conhecimento para a gestão
do SUS em hospitais com termo de adesão à Rede Inovarh-BA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Ciência da Informação, Universidade Federal da Bahia – UFBA, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciência da Informação.

Orientador: Prof Drº Francisco José Aragão Pedroza
Cunha

SALVADOR
2017

Souza, Angela Cristina Cordeiro de.

S719i Informação e tecnologias de informação em saúde: fontes e mecanismos de transferência de conhecimento para a gestão do SUS em hospitais com termo de adesão à Rede INOVARH-BA / Angela Cristina Cordeiro de Souza. – Salvador - BA, 2017.
146 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Ciência da Informação, Salvador – BA, 2017.
Orientador: Prof. Dr. Francisco José Aragão Pedroza Cunha.

1. Ciência da informação. 2. Sistemas de informação em saúde. 3. Sistemas de recuperação da informação - Saúde pública. 4. Redes de informação - Saúde. 5. Políticas de informação. 6. Sistema Único de Saúde (Brasil). 7. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). I. Título. II. Universidade Federal da Bahia.
CDD 658.403

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Ana Paula Lopes da Silva CRB-3/1269

ANGELA CRISTINA CORDEIRO DE SOUZA

INFORMAÇÃO E TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE:
FONTES E MECANISMOS DE TRANSFERÊNCIA DE
CONHECIMENTO PARA A GESTÃO DO SUS EM HOSPITAIS COM
TERMO DE ADESÃO À REDE INOVARH-BA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Ciência da Informação do Instituto de Ciência da Informação da Universidade Federal da Bahia/UFBA, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre.

Aprovada em 10 de abril de 2017

Orientador: Dr^o Francisco José Aragão Pedroza Cunha
Doutor em Difusão do Conhecimento – UFBA
Universidade Federal da Bahia-UFBA

Dra. Núbia Moura Ribeiro – Membro Titular Externo
Doutora em Química – UFRJ
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Dra. Maria Teresa Navarro de Brito Matos – Membro Titular Interno
Doutora em Educação–UFBA
Universidade Federal da Bahia - UFBA

RESUMO

As Informações em Saúde no Brasil constituem-se um quadro complexo e diversificado da realidade sanitária do território e apoiam as deliberações para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas informações são geradas em razão dos serviços de atenção à saúde e são os insumos que diariamente alimentam os sistemas de informações do Ministério da Saúde/DATASUS. Os Sistemas de Informações em Saúde (SIS) configuram-se como mecanismos de transferência de informações para a gestão em saúde, no entanto, vários problemas podem ser diagnosticados quanto à utilização desses sistemas: produção de informações de baixa qualidade e subutilizadas, duplicação de sistemas de informações de forma verticalizada e não-integrada, dificuldades quanto à retroalimentação desses sistemas. Percebe-se que as informações que alimentam esses SIS possuem um viés meramente para fins estatísticos e na maioria dos casos, a utilização desses SIS pelos gestores em saúde é feita de forma compulsória. Neste contexto, o objetivo desta pesquisa é verificar se os mecanismos de transferências de informações dos hospitais convergem com as diretrizes da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) e do Plano de Desenvolvimento para a Informação e a Tecnologia da Informação em Saúde (PlaDITIS). Para tanto, são identificadas as fontes e os mecanismos de transferência de informações utilizadas nos organismos de serviços de saúde e, se estas estão em conformidade com estas diretrizes. O arcabouço teórico, metodológico da pesquisa procurou ressaltar a importância da PNIIS e o PlaDITIS para uma gestão integrada, acesso e uso da informação e da tecnologia da informação na definição das políticas de saúde. A pesquisa é exploratória e descritiva com uma abordagem quali-quantitativa. A população para a realização desta pesquisa são 39 hospitais com termo de adesão à Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar. Para o levantamento dos dados utilizou-se como instrumento o questionário e o roteiro semi-estruturado para a entrevista, com a finalidade de alcançar os objetivos propostos. O tratamento dos dados foi realizado por meio da estatística descritiva e análise de conteúdo. Os resultados revelam a necessidade da disseminação das políticas de informação e informática e a necessidade da difusão do uso de mecanismos de transferência de informações entre os organismos prestadores de serviços de atenção à saúde no Brasil.

Palavras-chave: Informação em Saúde. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Sistemas de Informações em Saúde. Sistema Único de Saúde. Transferência da informação.

ABSTRACT

Health information in Brazil constitute a complex and diverse picture of the reality of health and support the deliberations for the management of the unified health system (SUS). This information is generated as a result of health care services and are the inputs that feed the information systems of the Ministry of health/DATASUS. Health Information systems (SIS) configure themselves transfer mechanisms for information management in health, however, several problems can be diagnosed on the use of these systems: production of low-quality information and under-utilized, duplication of information systems of vertical and non-integrated form, difficulties with regard to the feedback of these systems. You understand that the information that feed these SIS have a bias merely for statistical purposes and in most cases, the use of SIS for health managers is compulsory. In this context, the objective of this research is to verify if the information transfer mechanisms of hospitals converge with the guidelines of the national information Policy and health informatics (PNIIS) and the development plan for the information and information technology in health (PlaDITIS). Are identified the sources and information transfer mechanisms used in health services organizations and, where these are in accordance with these guidelines. The methodological research, sought to highlight the importance of PNIIS and PlaDITIS for integrated management, access and use of information and information technology in the definition of health policies. The research is exploratory and descriptive with a quali-quantitative approach. The population for this research are 39 hospitals with term of membership of the learning and innovation network in hospital management. To survey the data used as a tool the questionnaire and semi-structured interview script, in order to achieve the proposed objectives. The treatment of the data was performed by descriptive statistics and content analysis. The results reveal the need for dissemination of information and informatics policies and the need for the dissemination of the use of mechanisms for information transfer between agencies providers of health care in Brazil.

Keywords: Information on health. National information policy and health informatics. Health Information systems. Unified health system. Transfer of information.

DEDICATÓRIA

À Luca Naeni Otávio de Souza e Baptista e Nyilu Sawule de Souza e Baptista, meus filhos, que ensinam-me diariamente a ser mãe. Obrigada pelo apoio e por alegrar todos os meus dias.

AGRADECIMENTOS

“Desistir... eu já pensei seriamente nisso,

Estava pensando nas voltas que a vida dá. Chorei? Sim. Sorri? Sim. Levei algumas quedas? Sim. Levantei? Diversas vezes. Viveria tudo isso novamente? Ah, repetiria tudo da mesma forma...

Talvez não consiga retornar ao conforto da minha terra, haja vista os sonhos e anseios que carrego em meu coração...

mas nunca me levei realmente a sério;

O caminho para a obtenção de um título de mestre faz-se por uma árdua busca por conhecimento, mas essa caminhada somente foi possível mediante o apoio de inúmeras pessoas...

Agradeço a todos os que depositaram em mim toda confiança e acreditaram neste trabalho enquanto este era apenas um sonho.

À Deus e a Virgem Maria que sempre guia meu caminho e me dá forças para seguir mesmo diante das dificuldades.

Aos meus pais, irmãos e avós pela força, dedicação, carinho e incentivo na realização dos meus sonhos, em especial à minha mãe, pois essa vitória também é sua. Obrigada por ter me ensinado a ser a pessoa que sou hoje, pela luta constante pela nossa família e por acreditar em mim e nos meus irmãos.

Em especial, a um grande homem que tive o prazer de conviver, meu avô Otaviano. Os valores que carrego são frutos dos ensinamentos que o senhor me passou. Quero sempre entrar e sair de cabeça erguida de qualquer lugar como me ensinou. Saudades eternas!

À Cremildo M'Batha, esse sonho faz parte da alegria maior que você me deu, nossos filhos. Sorrirei sempre ao seu lado.

é que tem mais chão nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas,

Agradeço, com muito carinho aos antigos colegas do Serviço Brasileiro de Respostas Técnicas (SBRT) - Instituto Euvaldi Lodi (IEL-BA), Federação das Indústrias do Estado da Bahia (FIEB). Não conseguiria chegar até aqui sem o apoio de vocês, só tenho a agradecer eternamente por tudo que fizeram por mim e meu filho!

Eneida, Marcelo, Vinicius, Jaqueline, Marcelle, Rosana Fernandes e todos do núcleo de inovação meu imenso respeito e admiração por todos vocês.

Eneida, você acreditou desde o primeiro momento que conseguiria concluir essa etapa. Mulher forte, guerreira e trabalhadora... agradeço a vida imensamente pela oportunidade de conhecê-la. Aprendi a sorrir para a vida sempre com você!

mais esperança nos meus passos,

Ao Professor Francisco José Aragão Pedroza Cunha, meu orientador, sua paixão pela área da saúde me encanta todos os dias... Obrigada pela paciência, pelas sugestões em todas as etapas da pesquisa, certamente foram fundamentais para o êxito desse trabalho. Tenho em você um espelho para continuar a desenvolver minhas pesquisas e cada vez mais avançar no campo acadêmico.

do que tristeza nos meus ombros,

A todos os pesquisadores, professores e bolsistas do Grupo de Estudos de Políticas de Informação, Comunicações e Conhecimento (GEPICC), obrigada pelo apoio e contribuições teóricas. Gostaria de agradecer, de forma especial, aos bolsistas de iniciação científica Raquel, Ênyo, Hebert, Naiara e Manuelli pelas contribuições quanto à pesquisa de campo e pelos momentos de descontração.

mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça.”

Enfim, a todos que contribuíram de alguma forma para a realização desse trabalho e que sempre acreditaram em mim.

Muito obrigada.

CORA CORALINA

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC	Análise de Conteúdo
C	Categorias
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DC	Difusão do conhecimento
GEPICC	Grupo de Estudos de Políticas de Informação, Comunicações e Conhecimento
G.I	Gestão da Informação
InovarH	Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar
ITIS	Informações e Tecnologias de Informação em Saúde
UNIMONTES	Universidade Estadual de Montes Claros
MS	Ministério da Saúde
NS	Núcleos de Sentido
PlaDITIS	Plano de Desenvolvimento para a Informação e a Tecnologia da Informação em Saúde
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PNIIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PPSUS	Programa Pesquisa para o SUS
RES	Registro Eletrônico de Saúde
SIS	Sistema de Informações em Saúde
SNIS	Sistema Nacional de Informação em Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
Rede InovarH-BA	Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar
TIS	Tecnologia e Inovação em Saúde
ITIS	Informação e Tecnologia de Informação em Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Informações como fonte de conhecimento - Epidemia de cólera 1831.....	21
Figura 2: Contexto atual dos Sistemas de Informações em Saúde no Brasil.....	25
Figura 3: Eixos das Tecnologias de informação e comunicação na saúde.....	54
Figura 4: Os cinco domínios da Informação em Saúde (OMS).....	62
Figura 5: Etapas da pesquisa de campo.....	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Categorias (C), Núcleos de Sentido (NS) e as Frequências (F)	95
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Grupos do Questionário e Categorias Operacionais.....	71
Quadro 2: Estrutura do roteiro semi-estruturado da entrevista.....	72
Quadro 3: Percepção dos gestores acerca da gestão da informação nos hospitais.....	101
Quadro 4: Articulação com o DATASUS e recuperação da informação nos hospitais.....	106
Quadro 5: Síntese da análise de conteúdo e suas respectivas categorias (N= 22)	112

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Ferramentas de produção, de circulação, de compartilhamento e de acesso à informações.....	81
Gráfico 2: Principais práticas de gestão utilizadas pelos hospitais.....	82
Gráfico 3: Meios para organização, armazenamento e recuperação de documentos em saúde.....	84
Gráfico 4: Fontes de ideias, informações e conhecimentos dos hospitais.....	87
Gráfico 5 Competências dos colaboradores em relação às informações produzidas, acumuladas e recebidas.	86
Gráfico 6: Disseminação da consulta pública sobre a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) nos hospitais.....	87
Gráfico 7: Colaboração dos hospitais com o Plano de Desenvolvimento para a Informação e a Tecnologia da Informação em Saúde (PlaDITIS)	88
Gráfico 8: Disseminação da PNIIS nos setores hospitalares.....	90
Gráfico 9: Colaboração com o Plano de Desenvolvimento para a Informação e a Tecnologia da Informação em Saúde (PlaDITIS) e os setores hospitalares.....	92

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Roteiro semi-estruturado da entrevista.....	133
Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	135
Anexo 3: Questionário da pesquisa.....	137

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	21
1.2 OBJETIVOS	29
1.2.1 Geral	29
1.2.2 Específicos.....	29
1.3 JUSTIFICATIVAS E CONTRIBUIÇÕES	29
1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	34
CAPÍTULO 2: FONTES E MECÂNIISMOS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE: A DIFUSÃO DO CONHECIMENTO COMO ESTRATÉGIA PARA A GESTÃO DO SUS.....	35
2.1 Mecanismos de transferências de informação: fonte para a difusão das informações no âmbito do SUS	37
2.2 Informação e conhecimento: os organismos produtores de serviços de atenção à saúde e a presença de uma Gestão da Informação no sistema de saúde	40
2.3 Informações em Saúde: os hospitais mediante o conjunto complexo das competências, tecnologias e sistematização da informação em saúde	44
2.4 O Estado e a informação: contexto histórico para a construção da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS)	48
CAPÍTULO 3 INFORMAÇÕES E TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE: A INFORMAÇÃO COMO DIRETRIZ DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	53
3.1 Tecnologias da Informação e Comunicação: o fortalecimento dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS) para a melhoria do SUS.....	54
3.2 Sistemas de Informações em Saúde: contexto da integração das informações em saúde como reservas de conhecimento	60
CAPÍTULO 4 METODOLOGIA.....	67

4.1 Metodologia da pesquisa: contextualização e aspectos fundamentais da pesquisa de campo	67
4.2 Delineamento da pesquisa de campo	68
4.3 Objeto empírico e caracterização da amostra da pesquisa de campo	69
4.4 Justificativa de escolha das técnicas de coleta de dados da pesquisa.....	71
4.5 Procedimentos de coleta dos dados e instrumentos da pesquisa	73
4.6 Técnicas e análise das informações levantadas em campo	77
4.7 Aspectos Éticos e Limitações da pesquisa	80
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	81
5.1 Análise descritiva dos questionários	81
5.1.1 Perfil da amostra.....	82
5.1.2 Apresentação dos resultados dos questionários da pesquisa	84
5.2 Análise e discussão das entrevistas	97
5.2.1 Categoria 1 – Fontes e Mecanismos de transferência de informações.....	100
5.2.1.1 Núcleo de sentido 1 – Padronização das informações em saúde	101
5.2.1.2 Núcleo de sentido 2 – Gestão da informação.....	104
5.2.2 Categoria 2 – Tecnologias de Informações em Saúde	105
5.2.2.1 Núcleo de sentido 1 – Recuperação da informação em saúde	108
5.2.2.2 Núcleo de sentido 2 – Sistemas de Informações em Saúde	111
5.2.3 Categoria 3 – Difusão do conhecimento	112
5.2.3.1 Núcleo de sentido 1 – Geração de conhecimento	113
5.2.3.2 Núcleo de Sentido 2 – Articulação/Integração dos setores no âmbito hospitalar.....	114
5. 3 Algumas considerações sobre os resultados coletados por meio dos instrumentos de pesquisa utilizados.....	117
6 CONCLUSÕES.....	122
6.1 Conclusões	122

6.2	Recomendações	126
	REFERÊNCIAS	128
	ANEXOS	135

1 INTRODUÇÃO

O universo não faz lembrar agora aqueles contos árabes em que cada história se encaixa em outras histórias? A história da matéria encaixa-se na história cosmológica, a história da vida na história da matéria. E, por fim, nossas próprias vidas estão mergulhadas na história da sociedade (PRIGOGINE, 1996. p. 192).

A Ciência pode ser analisada não apenas pelo seu valor epistêmico, mas também, e determinantemente, pelo seu valor social a partir da transformação dos sujeitos para que outras formas de compreensão do espaço possam levar ao bem-estar social (OLIVEIRA, 2002).

Isso fica ainda mais claro, ao recorrermos à imagem do círculo do corpo - homem vitruviano - no qual tudo sempre é começo e fim, como um fluxo, ou seja, têm-se a ideia de movimento dentro de medidas perfeitas do corpo, no qual o sujeito está em desarmonia com os elementos corporais e com o ambiente no qual vive (NOGUEIRA, 2014). Nessa perspectiva, a cura não é mais a recuperação da verdade, mas o retorno à ordem, o hospital - como instituição ou dispositivo de normalização disciplinar - é uma invenção que surge como uma ferramenta que possibilita o exame da medicina, e, tem suas ações orientadas para constituir um espaço de constante vigilância social, que se dá, principalmente, através da interação com a moral das condutas (FOUCAULT, 2001).

Até meados dos anos 1750, as atividades médicas estavam centradas nas demandas do paciente e do relato da doença. A partir do século XVIII, a medicina sofreu significativas alterações na sua forma de atendimento e estruturação do sistema. O aparecimento de um campo de investigações médicas, considerando fatores como ar, água, as construções, os terrenos, os esgotos, entre outros, passou a ser objeto, na medicina, para a compreensão da doença. Assim, à medida que a medicina passou a ser vista como prática social, a introdução de mecanismos como o registro de dados, estabelecimento e comparação de estatísticas começou a se interessar por outros aspectos diferentemente do saber médico, deixando de ter um domínio individual passando por uma visão coletiva (FOUCAULT, 2011).

Segundo Moraes (2002), as origens das informações em saúde podem ser encontradas na constituição de um biopoder a partir do surgimento das informações relacionadas às doenças, ou seja, à essência das chamadas Informações em Saúde e, por conseguinte, da compreensão das doenças como conhecemos atualmente. Desta forma, “a constituição gradual de sistemas de informações como um processo de coleta, tratamento, análise disseminação de informações passa a ser um instrumento fundamental para o próprio desenvolvimento dos saberes médicos” (MORAES, 2002, p.17).

O olhar clínico opera sobre o ser da doença uma redução nominalista – Compostas de letras, as doenças não têm outra realidade além da ordem de sua composição. Suas variedades remetem, em última análise, a esses poucos indivíduos simples, e tudo o que se pode construir com eles e acima deles não é nada mais que um Nome. E nome em duplo sentido: no sentido em que usam os nominalistas quando criticam a realidade substancial dos seres abstratos e gerais; e, em outro sentido, mais próximo de uma filosofia da linguagem desde que a forma de composição do ser da doença é de tipo linguístico. Com relação ao ser individual e concreto, a doença nada mais é do que um nome; em relação aos elementos isolados de que está constituída, tem a arquitetura rigorosa de uma designação verbal (FOUCAULT, 2004, p.131).

Em O Nascimento da Clínica, Foucault (2004) afirma que o saber médico nasce de duas raízes distintas: O Ver e o Dizer. Na idade clássica para a idade moderna, os médicos relacionavam aquilo que viam com aquilo que era falado pelo paciente, é assim que nasce o conhecimento sistematizado da medicina, a partir das anotações oriundas dos hospitais gerais. Foucault defende que os médicos realizam ali uma nova filosofia da linguagem, pois agrupa os signos em categorias. Desta forma, a saúde e a doença estão inseridas dentro de um quadro discursivo, ou seja, detêm uma linguagem própria – que pode ser sistematizada e constituída em arquivos de informações em saúde (FOUCAULT, 2004).

A gênese das Informações em Saúde também está relacionada ao aparecimento das ciências empíricas, no século XIX, que sinaliza o homem como objeto e sujeito formador do conhecimento para a “[...] constituição de bases informacionais centradas no indivíduo enquanto corpo doente (estatísticas de morbidade), mas também, enquanto portador da possibilidade de morte (estatística de mortalidade) e da vida (estatística de nascimento)” (MORAES, 2002, p.18).

Para Barreto (1994, p.1), a “informação é qualificada como um instrumento modificador da consciência do homem e de seu grupo. Deixa de ser uma medida de organização para ser a organização em si; é o conhecimento, que só se realiza se a informação é percebida e aceita”. A área da saúde gera um volume expressivo de dados e informações, em razão dos serviços de atenção à saúde, em um território sanitário e, esses insumos que diariamente alimentam os sistemas de informações do Ministério da Saúde/DATASUS¹. Nesse sentido, a disseminação destes dados tem como principal objetivo refletir o diagnóstico de saúde de cada região, auxiliando no controle social por meio de um processo dinâmico que contribua para modificar a realidade das condições de saúde da população.

No entanto, é possível afirmar que os sistemas de informações em saúde (SIS) são estruturados no sentido de gerar fontes de conhecimento para a gestão dos serviços de saúde no Brasil? A princípio, a resposta para esta questão poderia ser a de que o uso da informação proporciona o apoio para o planejamento e a tomada de decisões. Os dados e as informações que alimentam os SIS registram as ações e as demandas dos profissionais e usuários do sistema de saúde e são consideradas fonte de retroalimentação desses organismos. Entretanto, não é possível afirmar que as informações que compõem esses SIS refletem a realidade sanitária do país, desta forma torna-se necessário refletir sobre o contexto atual das Informações em Saúde por meio da estruturação da PNIIS e os fundamentos que envolvem a informação e as tecnologias de informação em saúde neste processo.

Acredita-se que os usuários dos serviços de saúde poderão ter políticas públicas de saúde adequadas se estas informações - através da coleta, registro, armazenamento e tratamento - forem completas, verídicas e de qualidade. Nesse sentido, duas diretrizes estabelecidas no documento da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) suscitaram o desenvolvimento desta dissertação:

- i) estabelecer mecanismos de compartilhamento de dados de interesse para a saúde e ampliar a produção e disseminação de informações de

¹ No sítio do DATASUS (www.datasus.gov.br), é possível obter indicadores, informações em saúde e financiamento do SUS. As informações em saúde estão organizadas em: a) assistência à saúde; b) rede assistencial; c) epidemiologia e morbidade; d) estatísticas vitais; e) estatísticas demográficas e socioeconômicas. No segmento de informações financeiras, obtêm-se dados sobre receitas e despesas com saúde, realizadas pelos estados e municípios, além dos gastos realizados pelo âmbito federal (LIMA et al. 2009, p.114).

saúde de forma a atender tanto às necessidades de usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços e controle social, quanto ao intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa, outros setores governamentais e da sociedade e instituições internacionais e, ii) institucionalizar mecanismos que garantam a participação de usuários e profissionais de saúde no processo de desenvolvimento de sistemas de informação em saúde para o SUS (BRASIL, 2004, p.8).

Desse modo, o objetivo desta pesquisa é verificar se os mecanismos de transferências de informações dos hospitais convergem com as diretrizes da PNIIS e do PlaDITIS. Esta pesquisa é desenvolvida no âmbito do Grupo de Estudos de Políticas de Informação, Comunicações e Conhecimento (GEPICC) e OBSERVA POLÍTICAS PÚBLICAS - Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar (Rede InovarH-BA) e é um desdobramento da pesquisa intitulada “Mecanismos de difusão de conhecimentos gerenciais entre os sistemas e redes de atenção à saúde: gestão de documentos bases para a aprendizagem e inovação organizacional em hospitais”.²

1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Antigamente, quando a religião era forte e a ciência fraca, os homens pensavam que a mágica era a medicina; agora que a ciência é forte e a religião é fraca; os homens pensam que a medicina é mágica (THOMAS SZASHZ, 2001).

A ciência moderna (século XVI) constituiu-se como objeto de investigação através das teorias do conhecimento, pela filosofia da ciência e, mais tarde pela história da ciência, que aborda os contextos históricos, filosóficos e sociológicos. É dessa complexidade que se desviam os cientistas burocratizados ou formados de acordo com as formas clássicas de pensamento “[...] que não conseguem conceber que existam disciplinas que possam se coordenar em volta de uma concepção organizadora comum” (MORIN, 2005, p. 8). Segundo este autor, esta complexidade chega como uma incerteza e, portanto, se configura como um obstáculo e um desafio. No caso da saúde pública é

² PPSUS/PROUFBA: Pesquisa financiada pelo Edital FAPESB n.º 020/2013 – Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS – BA – FAPESB/SESAB. Projeto de pesquisa aprovado por mérito Edital Chamada CNPq – Universal 14/2013. Projeto de Pesquisa contemplado no Edital PROPCI-PROEXT- PROPG/UFBA 01/2013 PROUFBA – Programa Pense, Pesquise e Inove à UFBA.

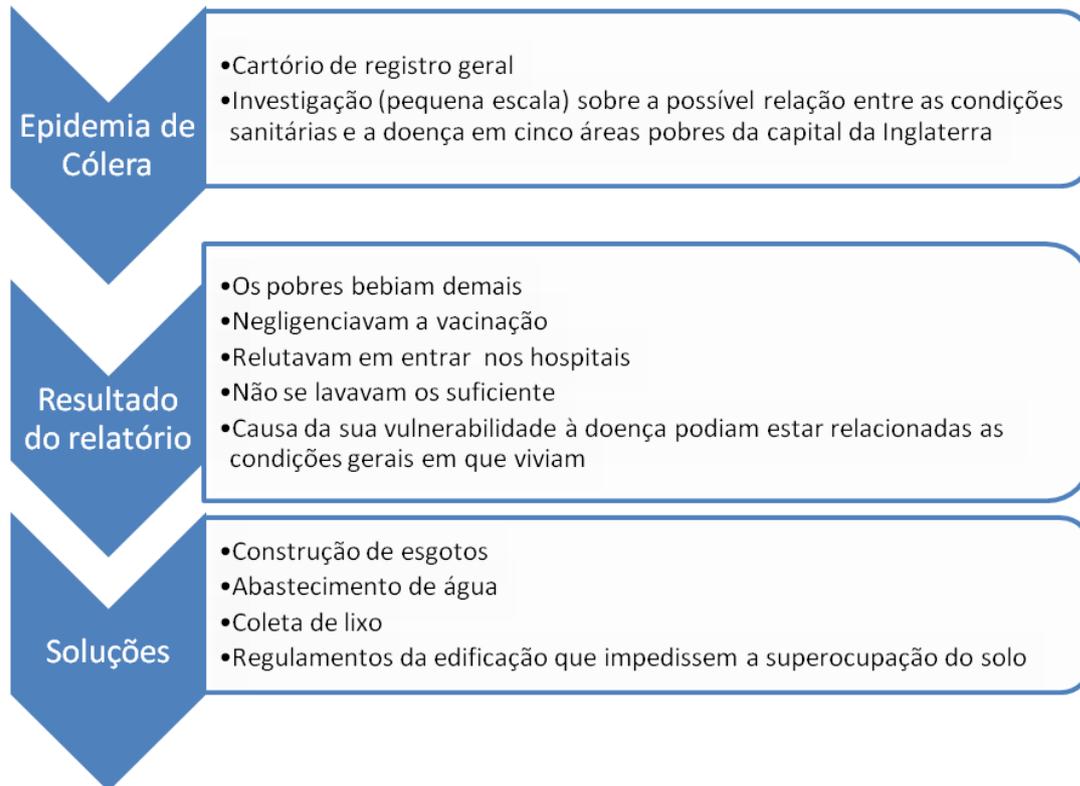
importante compreender as peculiaridades que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) além de buscar a sincronização entre o sistema social e as redes de gestão em saúde – entendidas como mecanismos integrados que influencia e é influenciado – a partir da observação e exploração do objeto a ser analisado.

Luhmann (2006) salienta a necessidade de “reduzir” o campo de observação - não no sentido de dividi-lo em partes – mas como estratégia da ciência para melhor compreender suas especificidades.

A capacidade de reduzir as pessoas a números e estatísticas permitiu aos especialistas conhecer e prever possíveis acontecimentos em função dos padrões estabelecidos de convergência para fazer previsões, como ocorria na definição do processo fabril e no movimento do cosmo (BURKE; ORNSTEN, 1998). Desse modo, a observação do conjunto da população via um conjunto de aplicações matemáticas provocou o aperfeiçoamento ilimitado do homem e da ordem social, haja visto que todos os “homens que habitam um mesmo país têm mais ou menos as mesmas necessidades, e uma vez que possuem todos em geral os mesmos gostos e a mesma ideia de utilidade, aquilo que tem valor para um geralmente tem para todos.” (BURKE; ORNSTEN, p. 238, 1998).

À exemplo, a Lei dos Pobres, proposta por Edwin Chadwich, em 1834, estabelecia o registro nacional de nascimentos, casamentos e mortes para aqueles que não pertenciam à Igreja Oficial. Esta lei transformou-se em um instrumento de coleta de informações estatísticas de larga escala que pudesse dar ao governo uma visão da situação social do país (BURKE; ORNSTEN, 1998). Durante a primeira epidemia de cólera, em 1831, utilizou-se a sistematização das informações geradas nos hospitais para a definição de ações para solucionar o problema. Nota-se que a conjuntura social e o saber médico foram utilizados como estratégias para a compreensão do surto da doença e dos fatores que a provocavam (Figura 1).

Figura 1: Informações como fonte de conhecimento - Epidemia de cólera 1831



Fonte: Fundamentado em Burke e Ornsten (1998).

O conhecimento e a inovação estão presentes desde as civilizações mais antigas e têm sido os fatores fundamentais para a sobrevivência da raça humana e para reforçar a conformidade social (BURKE; ORNSTEN, 1998). No contexto atual da Sociedade da Informação, a informação possui um efeito multiplicador e constitui-se uma força capaz de propiciar o desenvolvimento político, econômico, social, cultural e tecnológico (ALMEIDA, 2006).

A área da saúde caracteriza-se como um setor complexo. O corpo humano em função de sua estratégia terapêutica (e.g sistemas de observações, registro de dados em função das características histórico-sociais de toda a população) está inteiramente ligado à constituição do hospital e ao processo de acumulação e desenvolvimento de saberes na tecnologia médica. Desse modo, o hospital como espaço integrante desse complexo sistema não é considerado apenas como um lugar que cura, mas um instrumento estratégico de registro em saúde (FOUCAULT, 2011).

Conforme salienta Foucault (2011, p. 458), “[...] os registros feitos cotidianamente, quando comparados aos dos outros hospitais ou aos de outras regiões, permitem estudar os fenômenos patológicos comuns a toda população”. Com a introdução do registro médico passa-se a utilizar a sistematização dos registros médicos com intuito de gerar e transmitir informação. No Brasil, os primeiros registros que tratam sobre o processo de informatização de informações de saúde constam na Lei Federal 6015/73, neste documento estabeleceu-se a regulamentação do registro civil e o estabelecimento das primeiras estatísticas médicas (BRASIL, 1973). Até meados da década de 1980, o sistema de saúde possuía um caráter centralizador e excludente para grande parte da população brasileira, visto que, as decisões mais importantes ficavam a cargo da esfera federal e não existia um modelo organizado de atenção à saúde. “A grande parte da população quando necessitava de assistência médica recorria a entidades filantrópicas que destinavam-se a atender apenas o trabalhador formal segurado pela Previdência Social” (BRANCO, 2001, p. 19).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei no. 8.080/90 e é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração pública e com participação da iniciativa privada. Com a criação do SUS, o Estado tem a função de formular, organizar, fiscalizar e regulamentar as ações de saúde praticadas de forma direta ou indireta pelo mesmo. Por conseguinte, a saúde passa a ser compreendida não apenas como assistência, prevenção ou seguro, mas, também, composta por outros fatores que vão desde saneamento básico à qualidade dos alimentos ingeridos (BRASIL, 2005).

Nas últimas décadas, o setor de saúde tem experimentado uma reviravolta devido ao crescimento exponencial das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC). O surgimento dos sistemas de informação gerenciais ocorreu em meados da década de 1950 e tinham como objetivo principal apoiar a contabilização das folhas de pagamentos, o controle de inventários e o desenvolvimento da estatística médica (PEREZ, 2006). Somente na década de 1990 houve a implantação de sistemas de informação voltados para a assistência aos pacientes em função do acompanhamento clínico. Atualmente, houve uma alteração quanto à finalidade dos sistemas de informação hospitalares, estes passaram a servir de apoio para a tomada de decisões que

visam melhorar o fluxo hospitalar e o atendimento aos pacientes (e.g agilidade, melhores serviços, acesso às informações) (GUIMARÃES; ÉVORA, 2004).

Com efeito, se consideramos que os sistemas de informação têm sido implementados a fim de incentivar a colaboração entre os diferentes serviços de saúde e apoiar a tomada de decisões pelos gestores, a utilização sistemática desses sistemas é uma estratégia para a cooperação e coordenação das ações e estratégias em saúde. Desse modo, observa-se que os arquivos em saúde são de extrema importância para o funcionamento dos hospitais e, conseqüentemente, de todo o sistema de saúde. Segundo Moraes e Gómez (2007), os principais desafios enfrentados pela Sociedade e o Estado consiste em conceder ao sistema de saúde maior capacidade de intervenção sobre a realidade da saúde coletiva no país e a necessidade do aprofundamento de estudos sobre as informações em saúde, com intuito de contribuírem para a melhoria de condições de saúde da população e para garantir o acesso universal aos serviços de saúde.

Os SIS configuram-se como ferramentas de gestão em saúde, no entanto, vários problemas podem ser diagnosticados quanto à utilização desses sistemas como, por exemplo: dificuldade em acompanhar os avanços das TIC na contemporaneidade e a absorção das tecnologias da informação no SUS, a configuração histórica das relações de poder das instancias gestoras do MS/DATASUS, a ineficiência quanto à democratização ao acesso das informações em saúde e a práxis informacional em saúde dos gestores (MORAES, 2002; BRANCO, 2006). A justificativa para a fragmentação existente nos SIS está relacionada, principalmente à forma de gestão defendida pelo Estado, conforme salienta Moraes e González (2007), ao afirmarem que a estruturação de uma política fragmentadora e “departamentalizada” comunga com o perfil hegemônica tanto na organização das informações em saúde quanto na sua estruturação e gestão no âmbito do SUS.

Segundo Vasconcellos, Moraes e Cavalcante (2002), a informação exerce um papel estratégico no processo decisório para o fluxo da informação através de canais burocráticos no âmbito do SUS – os SIS. Os dados que alimentam diariamente esses sistemas são frequentemente subutilizados ou se perdem em função da estrutura existente atualmente e impactam diretamente na recuperação e disseminação das informações que são geradas e acumuladas (ANDERSON, 2007). Esse descompasso

configura a crise fundamental do sistema público de saúde no país que somente será superada com a substituição do sistema fragmentado pelas redes de atenção à saúde e a adoção de modelos e ferramentas organizacionais (e. g aprendizagem, redes de inovação e cultura organizacional) (CUNHA, 2012).

Desse modo, para melhor compreendermos todos os aspectos que envolvem as informações em saúde, o conceito de informação adotado nesta dissertação entende a informação como um fenômeno social que deriva de um fenômeno humano e social através de um sujeito que “conhece, pensa, se emociona e interage como o mundo visível à sua volta e a comunidade de sujeitos que comunicam entre si” (SILVA, 2006, p. 24), e é composta por diferentes propriedades ou atributos que lhes são inerentes, a saber:

i) estruturação pela ação por meio do ato individual ou coletivo; ii) integração dinâmica, que implica nas condições e circunstâncias externas do sujeito da ação; iii) pregnância – enunciação do sentido; iv) quantificação, compreende a codificação; v) reprodutividade, característica esta que possibilita a sua memorização; e vi) transmissibilidade – (re)produção informacional (SILVA, 2006, p. 24).

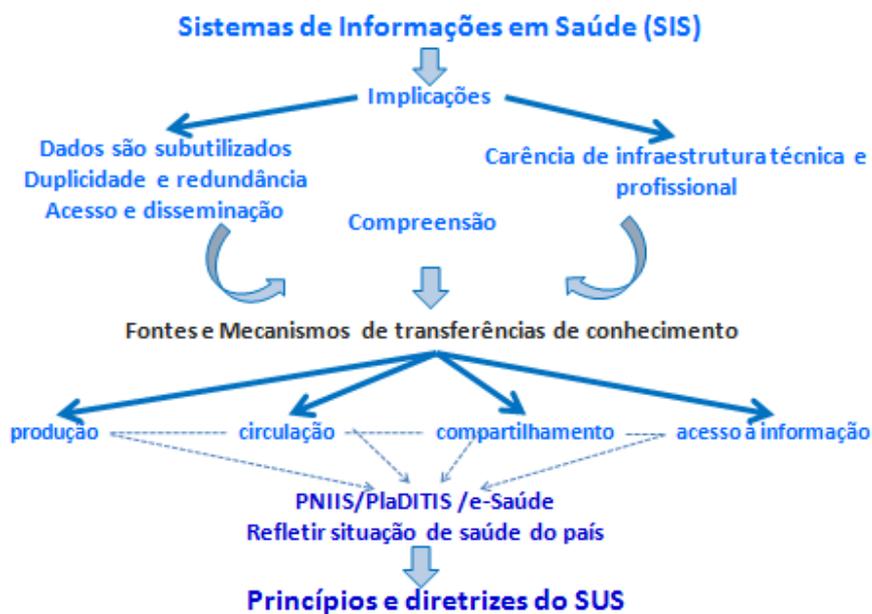
Popper (1975) afirma que a informação é um bem cultural produzido a partir de fatos históricos por uma sociedade. Nos SIS, os dados são produzidos no intuito de serem criadas reservas de conhecimento sobre a situação da saúde da população em um determinado tempo e espaço (MORAES, 2002). “As informações coletadas, tratadas, armazenadas são um produto social do coletivo, constituído a partir de uma ‘rede de olhares’ dispersos, multifacetados, construída ao longo da história brasileira” (MORAES, 2002, p.121-122).

Esses sistemas são constituídos por diversos sub-sistemas e têm por objetivo facilitar a promoção e avaliação das ações e estratégias das políticas, planos e programas de saúde, no processo de tomada de decisões. Para tanto, a existência de aportes técnicos e profissionais para o funcionamento e supervisão das atividades de coleta, registro, processamento, análise, e difusão dos dados são extremamente necessárias. Essa fragmentação faz com que o cidadão perca sua identidade social em função de sua historicidade: a “visão biologicista da saúde-doença-cuidado é de tal modo hegemônica nos SIS que, mesmo quando variáveis socioeconômicas estão

presentes na coleta dos dados, são as que apresentam maiores problemas em sua qualidade” (MORAES; GONZÁLEZ, 2007, p. 555).

Nesse cenário atual das informações em saúde, o grande desafio para o governo consiste em melhorar a prestação dos serviços de atenção à saúde através da disseminação das políticas de informação e informática e da estruturação do sistema nacional de informações em saúde. Nesse sentido, entende-se que os SIS são caracterizados, principalmente, pela produção e circulação de dados em função da estrutura hierárquica do SUS e pela carência de uma infraestrutura técnica e de profissionais que possam promover a disseminação das informações geradas no âmbito do SUS. Para tanto, as fontes e os mecanismos para a produção, compartilhamento, circulação e acesso às informações são fundamentais para compreender a situação social e epidemiológica do país e que reflitam satisfatoriamente os princípios do SUS (Figura 2).

Figura 2: Contexto atual dos Sistemas de Informações em Saúde no Brasil



Fonte: Adaptado a partir da proposta de YAMAMOTO (2013).

Assim, a pesquisa em questão parte dos seguintes pressupostos:

- i. a inexistência de mecanismos de compartilhamento de dados confiáveis para a produção e disseminação de informações em saúde, para atender aos usuários, profissionais e gestores do SUS, não permite a geração de conhecimento acerca da realidade sanitária do país;
- ii. o desenvolvimento de políticas e estratégias de disseminação de informações em saúde pode contribuir para a difusão das informações de saúde e, por conseguinte, gerar conhecimento e contribuir para a formulação de estratégias e políticas de saúde no âmbito do SUS;
- iii. os arquivos e dos sistemas de informação são subutilizados pelos agentes desses organismos produtores de serviços de saúde e expressam a dicotomia entre a Informação e as Tecnologias de Informação em Saúde (TIS).

Tais pressupostos acima culminaram a seguinte questão norteadora desta pesquisa:

- a) De que forma as fontes e os mecanismos de transferências de informações dos hospitais subsidiam as deliberações e ações dos gestores do SUS de acordo com o que determina a PNIIS e o PlaDITIS?

Essa pergunta inicial desdobrou-se em outras, as quais foram feitas e respondidas ao longo desta dissertação:

- Os hospitais alimentam os SIS segundo o que determina a PNIIS e com intuito de servirem de suporte para a gestão do SUS e, por conseguinte gerar conhecimento?
- É possível afirmar que os SIS são estruturados para serem fontes e reservas de conhecimento para a gestão e definição de políticas de saúde no Brasil?
- A falta e a precariedade de mecanismos de transferência de informações confiáveis para a disseminação e difusão das informações em saúde impossibilita conhecer a realidade sanitária do país?
- As fontes e os mecanismos de transferência de informações nos hospitais são suporte para o desenvolvimento de políticas e estratégias no SUS?

1.2 OBJETIVOS

A partir destas indagações surgiram os seguintes objetivos desta pesquisa, apresentados a seguir:

1.2.1 Geral

O objetivo geral desta dissertação é verificar se os mecanismos de transferências de informações dos hospitais convergem com as diretrizes da PNIIS e do PlaDITIS.

1.2.2 Específicos

Os objetivos específicos consistiram em:

- Identificar as fontes de informação utilizadas pelos hospitais;
- Apontar se as fontes e os mecanismos de transferências de informações dos hospitais são bases para a difusão de conhecimento no SUS;
- Levantar na PNIIS e no PlaDITIS as diretrizes para a promoção e disseminação das informações em saúde no SUS.

1.3 JUSTIFICATIVAS E CONTRIBUIÇÕES

As justificativas para a escolha deste tema reside, em primeiro lugar, na importância da temática. Embora se discutam as informações e tecnologias da informação no âmbito do SUS, são escassos os estudos que buscam a compreensão da qualidade dos serviços, da gestão dos sistemas e das redes de atenção à saúde em função das fontes e os mecanismos de transferência de informações em saúde.

Em um cenário em que a PNIIS tem como principal propósito a melhoria dos processos de trabalho em saúde por meio de tecnologias da informação para a

estruturação de um Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS) para a geração de conhecimento e o controle social (BRASIL, 2004), verificar se os mecanismos de transferências de informações dos hospitais convergem com as diretrizes da PNIIS e do PlaDITIS justifica-se, pois, os resultados apresentados, nessa pesquisa, poderão proporcionar debates e o levantamento de propostas para a difusão das informações em saúde e redução das iniquidades nos serviços de saúde do país.

Em segundo lugar, a justificativa para a escolha da temática reflete na trajetória e em algumas inquietações como economista, estudante e pesquisadora ao longo dos últimos anos. No ano de 2004 ingressei, na Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), no curso de graduação em Ciências Econômicas (Bacharel). Por ocasião da defesa da monografia, sob a orientação da professora Ms. Maria Ivanilde Pereira Santos, desenvolvemos uma pesquisa que consistiu justamente em investigar a concentração de serviços de saúde (*Clusters*), sobretudo os serviços hospitalares no Município de Montes Claros (MG). Procuramos associar teorias econômicas e regionais ao setor saúde, com o intuito de avaliar, por meio de cálculos de medidas regionais, em que medida o Município de Montes Claros (MG) concentra serviços de saúde e pode ser considerado como um lugar que concentra serviços de saúde. A principal fonte de dados para a realização desta pesquisa foi o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em particular, o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) e o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIS/SUS), além do Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde do município de Montes Claros (2007) e os arquivos da Gerência Regional de Saúde do município. Desse modo, tal investigação já se defrontava com textos em que o tema da saúde e os sistemas de informações em saúde faziam-se presentes.

Ao longo do desenvolvimento daquele trabalho de conclusão de curso, o que mais me chamou atenção foi justamente a importância histórica e o fato de que os primeiros movimentos de reforma sanitária ocorreram, dentre outros municípios, no Município de Montes Claros (MG). O projeto piloto - o Projeto Montes Claros – para a implementação de modelos de atenção à saúde contribuiu fortemente para a unificação do Ministério da Saúde e INAMPS e, conseqüentemente, para a criação do SUS. A partir dessa importância histórica e de visitas técnicas aos hospitais públicos do município, e, em especial, à Secretaria Municipal de Saúde do município, no núcleo de

Tecnologia da Informação, pode constatar a subutilização e desatualização das informações que diariamente alimentam os sistemas de informações do MS/DATASUS para a gestão do SUS.

A esse respeito, a conclusão a que chegamos foi que o SUS é um sistema complexo, isto é, formado por agentes e serviços que interagem a partir de ações e deliberações não lineares. Por conseguinte, a efetividade das políticas, neste setor, deve ser conduzida estrategicamente em todas as instâncias governamentais, haja vista que são afetadas por fatores e interações de diversos agentes.

Nesse sentido, é possível inferir que um dos problemas do SUS reside na incoerência entre a situação de condição de saúde brasileira e a fragmentação desse sistema de atenção à saúde, principalmente em função da subutilização das informações que alimentam os SIS. Percebe-se que os sistemas de atenção à saúde movem-se numa relação dialética entre fatores condicionantes à saúde (e.g. como envelhecimento da população, epidemias e avanços científicos e tecnológicos) e os fatores internos existentes nos organismos (e.g. como cultura organizacional, recursos, sistemas de informações, estrutura organizacional e de gestão).

No ano de 2013, a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) lançou um edital para a seleção de propostas voltadas para a realização de pesquisas acerca do SUS (Edital n.º 020/2013 – Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS – BA – FAPESB/SESAB). O professor Francisco José Aragão Pedroza Cunha coordenou a elaboração de um projeto, em parceria com outros professores e pesquisadores da UFBA. A proposta foi aprovada pela FAPESB e, assim, iniciou-se o projeto “Mecanismos de difusão de conhecimentos gerenciais entre os sistemas e redes de atenção à saúde: gestão de documentos bases para a aprendizagem e inovação organizacional em hospitais”.

Após ingressar no Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, no ano de 2015, fui convidada a participar do Grupo de Estudos de Políticas de Informação, Comunicações e Conhecimento (GEPICC). A partir desta oportunidade, sob a orientação do professor Francisco José Aragão Pedroza Cunha, iniciamos, então, em março de 2015, a elaboração do projeto que deu origem a esta dissertação como um subprojeto da pesquisa aprovado pela FAPESB. Portanto, a trajetória pessoal da

pesquisadora e o interesse pelo setor da saúde, precisamente ao arcabouço das informações geradas nos organismos de saúde do SUS, suscitaram o desenvolvimento dessa pesquisa de mestrado.

A Ciência da Informação como uma disciplina que tem por meta fornecer um corpus teórico sobre a informação, de modo a otimizar o fluxo e sua disseminação para a possível geração de conhecimento conferiu a magnitude e aproximação do objeto de estudo que era necessário. Conforme, a definição desenvolvida por Borko³, a Ciência da Informação é uma:

[...] disciplina que investiga as propriedades e o comportamento da informação, as forças que governam seu fluxo e os meios de processamento para otimizar sua acessibilidade e utilização. Relaciona-se com o corpo de conhecimentos relativo à produção, coleta, organização, armazenagem, recuperação, interpretação, transmissão, transformação e utilização da informação (BORKO, 1968, p. 3, tradução).

A informação é “como um bem valioso, principalmente em face da complexidade dos processos concretos de saúde/doença/cuidado que ocorrem nas comunidades, bem como os problemas contemporâneos a serem superados” (MORAES; GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2007), por conseguinte faz-se necessário um aprofundamento teórico sobre a informação em saúde – apresentado no Capítulo 2 desta dissertação, e o papel das tecnologias de informação em saúde para a disseminação e geração de conhecimento em saúde.

A Ciência da Informação está relacionada à origem, coleta, organização, armazenamento, recuperação, interpretação, transmissão, transformação e uso da informação sendo esta derivada de vários campos do conhecimento, como a matemática, lógica, linguística, psicologia, tecnologia computacional, operações de

³ Durante as fases de desenvolvimento da Ciência da Informação Harold Borko apresentou sua pesquisa sobre uma série de tópicos, incluindo armazenamento e recuperação, sistemas de classificação, análise de sistemas e redes de informação. Em 1968, Borko publicou um artigo intitulado “*Ciência da Informação: o que é isto?*” De acordo com Gregory Leazer, presidente do Departamento de Estudos da Informação na Universidade da Califórnia, o ensaio de Borko foi fundamental e ainda é amplamente lido (UCLA, 2012). Na visão de Borko (1968), a Biblioteconomia e a Documentação são consideradas disciplinas da Ciência da Informação e, por essa razão, as técnicas e procedimentos usados por bibliotecários e documentalistas são, ou deveriam ser, baseados nas estruturas teóricas da Ciência da Informação e, inversamente, o teórico deveria estudar as técnicas testadas por aplicações práticas.

pesquisa, artes gráficas, comunicação, biblioteconomia, administração e outros campos similares (BORKO, 1968).

O estudo aqui apresentado tem caráter multidisciplinar por articular um arcabouço teórico vinculado à informação em saúde e o campo da Ciência da Informação e insere-se na linha de pesquisa Políticas e Tecnologias da Informação do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da Universidade Federal da Bahia (UFBA), visto que aborda questões relacionadas à gestão dos serviços de saúde e a compreensão do fluxo da informação na gestão em saúde.

Observa-se que a atual práxis das tecnologias em informação em saúde adota o mesmo modelo de desenvolvimento tanto para sistemas complexos e estratégicos como para sistemas operacionais e evidencia a defesa da informatização como saída para os problemas estruturais do SUS. Os SIS têm proporcionado desafios para constitui-se como um espaço estratégico de disputa entre modelos de gestão e, conseqüentemente, de organização das Informações em Saúde (MORAES, 2006).

Torna-se necessário compreendermos os SIS, a produção, a circulação, o compartilhamento e acesso às informações geradas nesses organismos produtores de serviços de saúde, em consonância com a PNIIS e o PlaDITIS, e o avanço das TIC na área da saúde, mais precisamente, no SUS. Para Vasconcellos, Moraes e Leal (2002), outro aspecto primordial que justifica os estudos da informação em saúde, dos sistemas e tecnologias da informação em saúde está relacionado ao fato que

[...] ampliar as potencialidades de uso das TICs na gestão da saúde implica, dentre outras iniciativas, em uma nova concepção de organização das informações em saúde, onde sejam estruturados mecanismos e condições que criem um ambiente propício para o estabelecimento de uma sinergia de competências, recursos e memórias, frutos e matrizes do conhecimento sanitário, coletivamente produzido por seus sujeitos históricos. (VASCOCELLOS; MORAES; LEAL, 2002 p. 229).

Por fim, a justificativa para a realização desta pesquisa está baseada pela importância de estudos sobre a convergência entre mecanismos de transferências de informações e tecnologia da informação no setor saúde e da utilização dos SIS como ferramenta para a tomada de decisões.

1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A arte de exprimir o pensamento consiste em saber ordenar as ideias. Ordem dá clareza a toda comunicação. E como se ordenam as ideias? Fazendo a previsão do se vai expor. Da reflexão se passa ao plano. Elaborar o plano é fixar a ordem do desenvolvimento da exposição uma vez que ele não é outra coisa senão previsão (BOAVENTURA, 2006, p. 7).

Além da Introdução esta dissertação está estruturada em mais seis Capítulos.

O Segundo Capítulo aborda as fontes e mecanismos de transferência de informação associando-as à Gestão dos Serviços de Saúde e às Políticas de Informação e Informática em Saúde no Brasil.

O Terceiro Capítulo trata acerca das informações e tecnologias de informação em saúde associando-as à geração de conhecimento no campo da saúde e a integração das informações nos serviços de saúde. No Quarto Capítulo é apresentado o objeto empírico da pesquisa de levantamento, as justificativas para escolha dos instrumentos da pesquisa. No Quinto Capítulo são apresentados resultados dos questionários e análise das entrevistas a partir das categorias operacionais de análise.

Para finalizar a dissertação, no Sexto Capítulo são apresentadas as Conclusões retomando aos pressupostos, a questão norteadora e aos objetivos estabelecidos. Ainda, são sugeridas ações norteadoras para os serviços e os governos das três esferas e novas pesquisas.

CAPÍTULO 2: FONTES E MECÂNIISMOS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE: A DIFUSÃO DO CONHECIMENTO COMO ESTRATÉGIA PARA A GESTÃO DO SUS

A proposição de que há uma relação a ser investigada entre conhecimento científico e o contexto social no qual é produzido encontra-se na origem da sociologia da ciência. Durante muito tempo, foi aceito que a sociologia do conhecimento estava confinada no território das ideologias e das crenças do homem comum, conferindo uma característica singular ao conhecimento científico, aos métodos e teorias dos sociólogos (PALÁCIOS, 1994).

A partir da década de 1970, houve a ampliação dos limites até então fixados para a investigação sociológica científica, o que provocou um esforço de demarcação teórica e metodológica frente às outras disciplinas envolvidas com o estudo do conhecimento científico (PALÁCIOS, 1994). Nesta perspectiva, se a ciência possui suas próprias determinações, seu objetivo principal seria investigar a funcionalidade das instituições existentes para o progresso científico e, por conseguinte, se constituiria uma sociologia da ciência que não tem propriamente como objeto o conhecimento científico (PALÁCIOS, 1994).

“A sociologia do conhecimento pretenderia reduzir o complexo processo da cognição à intervenção de causas externas, sociais, negligenciando o papel desempenhado pelos processos mentais” (PALÁCIOS, 1994, p. 176). Para a sociologia do conhecimento, o que importa são os casos paradigmáticos de conhecimento humano, entre os quais estão incluídos o senso comum da atividade cotidiana e o conhecimento científico (PALÁCIOS, 1994).

O conhecimento que importa investigar tem uma objetividade que resulta precisamente de seu caráter intrinsecamente social. São

crenças que não se sustentam na subjetividade de um observador isolado. E isto dificilmente seria contestado por experiências de laboratório (BLOOR, 1982, apud PALÁCIOS, 1994, p. 198).

O desenvolvimento da ciência não ocorre pela força intrínseca da ideia verdadeira. “Perguntar o que é fazer ciência não significa se interrogar sobre a eficácia e o rigor formal das teorias e métodos, mas acerca das práticas científicas. O que fazem os cientistas com as teorias e os métodos herdados?” (BOURDIEU, 1988, apud FERREIRA; BRITTO, 1994, p.20).

A tarefa consiste em examinar a aplicação do conhecimento para determinar o que fazem com os objetos e que objetos fazem e o objetivo é "descobrir na prática científica as condições nas quais se pode discernir o verdadeiro do falso" (BOURDIEU, 1988, apud FERREIRA; BRITTO, 1994, p. 25). Desse modo, a sociologia do conhecimento procura investigar as condições sociais do processo de construção de um fato científico em toda a sua extensão.

É necessário localizar os produtores no campo social de onde extraem as referências do padrão de cientificidade a ser seguido (FERREIRA; BRITTO, 1994). Para Bourdieu, é um equívoco pensar que a objetividade científica possa ter como fundamento a objetividade do investigador, isto é, o seu comportamento e/ou a sua boa vontade. Assim, a possibilidade de se estabelecer uma sociologia do conhecimento ou da ciência está relacionada à construção do campo intelectual como um todo, incluindo a sociologia que se está praticando (FERREIRA; BRITTO, 1994).

Pensar em Informações em Saúde no Brasil pressupõe entender como um quadro complexo e diversificado de funções de produção, disseminação, difusão e utilização de dados e informações pode gerar conhecimento para a gestão e políticas de saúde no âmbito do SUS. Normalmente, os conceitos de difusão e disseminação são entendidos como sinônimos, no entanto é preciso ressaltar que existem diferenças significativas na sua estruturação. A disseminação está relacionada à transferência de informação para a produção de conhecimento por uma organização, tem como principal resultado o planejamento em grupos estratégicos (CUNHA 2012). Pasquali (1979) compreende que a difusão e a divulgação (comunicação) veiculam informações para um público universal, ao passo que a disseminação ocupa-se de informar receptores especialistas.

Nesse sentido, a disseminação pode ser compreendida como algo intraorganizacional (e.g os hospitais), já que a difusão que a difusão envolve um processo horizontal ou entre as partes envolvidas – a exemplo MS e as Secretarias de Saúde (municipais e estaduais). Em contraponto, Bueno (2008) afirma que a difusão deve ser compreendida como um processo, tanto para leigos, quanto para especialistas. Assim a difusão possui difusão dois níveis:

- 1) veiculação de informações para **especialistas** e
- 2) veiculação de informações para o **leigo**, o cidadão comum. Quando se observa o primeiro nível, ou seja, informação para profissionais ligados à área de produção do conhecimento científico, a difusão corresponde à sua espécie disseminação. No segundo nível, têm-se as modalidades divulgação científica e jornalismo científico. Devemos então, explicitar melhor cada uma, começando pela disseminação e, posteriormente, divulgação e jornalismo científico respectivamente (BUENO, 2008, p. 10 apud SILVA, 2013).

Bueno (2008) e Pasquali (1979) conferem ao termo disseminação o mesmo significado, assim a disseminação é entendida como a transferência de informações científicas e tecnológicas por especialistas para seus pares (intrapares e extrapares). A diferenciação dos conceitos descritos nos permite compreender o contexto das informações em saúde no país. Desse modo, a complexidade das informações em saúde envolve, principalmente, o processo de difusão e disseminação de informações e conhecimento no SUS, por meio de bases de dados e informações confiáveis.

No decorrer desse segundo capítulo abordaremos os aspectos fundamentais inerentes às fontes e mecanismos de transferências de informação associando-as à Gestão dos Serviços de Saúde e às Políticas de Informação e Informática em Saúde no Brasil.

2.1 Mecanismos de transferências de informação: fonte para a difusão das informações no âmbito do SUS

Conforme salientado anteriormente, o contexto das informações em saúde no Brasil aponta para um ambiente extremamente complexo, em que os dados são coletados, na maioria das vezes, de forma fragmentada de acordo com as necessidades

informativas das três esferas de gestão do SUS, em função da inexistência de uma política de informação em saúde eficiente para a sistematização das informações e, conseqüentemente, de suas bases de dados.

Os serviços de saúde, em especial os hospitais, produzem um volume expressivo de documentos de natureza clínica, administrativa, assistencial, entre outros. A recuperação, o tratamento e a disseminação dessas informações geradas nesses organismos são fundamentais para a adoção do fluxo sistêmico da informação e para a melhoria do processo de gestão em saúde (CUNHA, 2005). “A oferta e demanda de informação são representadas pelos estoques de informação institucionalizados disponíveis e pelas necessidades de informação da realidade onde o consumo se realiza” (BARRETO, 1999, p. 2). Portanto, a demanda por informação constitui-se através do processo de transferência dessas informações para atender aos usuários, profissionais e gestores e disseminar as informações geradas, acumuladas e armazenadas nos serviços de atenção a saúde.

As fontes e os mecanismos de transferências de informação são estruturas que podem permitir a disseminação da informação aos usuários, profissionais e gestores. Desta forma, a geração de conhecimento está intrinsecamente ligada a fontes de informação confiáveis e de fácil acesso e pressupõe a existência de um elo de comunicação, através de mecanismos. Dentre as fontes de informações disponíveis no campo da saúde destacam-se o Prontuário do Paciente, bancos de dados, bibliotecas virtuais, arquivos, entre outros. Além destas, pode-se considerar como fontes de informação os “documentos, pessoas ou instituições que fornecem informações pertinentes à determinada área, fatores essenciais para se produzir conhecimento” (OLIVEIRA; FERREIRA, 2009, p. 70).

A informação quando corretamente transferida é capaz de modificar a consciência e transformar os mais variados espaços sociais. A interação entre os geradores e usuários da informação somente será possível por meio da transferência adequada da informação e do seu conteúdo (BARRETO, 2005). Desta forma, o “[...] conteúdo de informação se relacionam com as estruturas de informação agregadas nos estoques de informação daquela área específica” (BARRETO, 2005, p.7). Entende-se, por transferência de informações “[...] um conjunto de ações sociais com que os grupos

e as instituições organizam e implementam a comunicação da informação, através de procedimentos seletivos que regulam sua geração, distribuição e uso” (GONZALEZ DE GOMES, 1993, p.217). Para tanto, a forma e a potência de sua transmissão sofrem influência direta dos aspectos científicos, tecnológicos, econômicos e políticos na tradução, representação; análises e sínteses de informação (GONZALEZ DE GOMES, 1993).

O conhecimento surge a partir do processo de transferência da informação que uma determinada fonte possui e é absorvida pelo usuário que a detém. Para isso, torna-se necessário a existência de mecanismos que sejam responsáveis pela ligação entre a informação e receptor para a geração de conhecimento e, do processo de internalização da informação pelo usuário. Pela sua importância estratégica, os arquivos em saúde são fundamentais para a melhoria da gestão em saúde. Nesse sentido, pode-se afirmar que os arquivos

[...] testemunham políticas, decisões, procedimentos, funções, atividades e transações das instituições. Em virtude de seu caráter oficial e do seu estatuto jurídico, eles representam as fontes de informação mais seguras e mais completas às instituições e ao seu papel na sociedade. (ROUSSEAU; COUTURE, 1998, p. 16).

Sabe-se que um dos principais objetivos dos SIS é conhecer a situação de saúde da população na determinação do processo saúde-doença, em nível local e regional. Nesse sentido, os arquivos, ao refletirem a estrutura de uma organização, permitem resgatar a memória e a história de acordo com contexto em que foi produzida. Considerando o papel da informação, nesse contexto, entende-se que o tratamento e disseminação desses dados são fundamentais para a melhoria do sistema de saúde. Em função do atual contexto informacional do setor de saúde, o Ministério da Saúde e suas instâncias gestoras vêm definindo uma estratégia de e-Saúde para o país em favor da melhoria dos processos de atenção à saúde no país. Nesta proposta, a estruturação do Registro Eletrônico de Saúde (RES) torna-se fundamental para a reorganização do sistema, visto que as informações oriundas desse registro possam ser utilizadas como ferramenta estratégica para tomada de decisão do SUS (PANITZ, 2014).

No âmbito dos serviços de saúde os mecanismos de transferência de informações (e.g a Internet, os SIS, o Registro Eletrônico de Saúde (RES), o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), a Telessaúde, arquivos, plataformas de banco de dados restritos ou abertos) permitem a circulação, a disseminação e a circulação das informações nesses organismos e constituem-se como meios para a gestão estratégica do SUS. Para o Arquivo Nacional (2005), a disseminação da informação consiste no processo de fornecimento e difusão das informações através de meios de comunicação e desse modo, proporcionar o acesso e a recuperação às informações pelo usuário.

[...] A transferência da informação envolve todos os meios relevantes de comunicação, incluindo material não documentário, i.e., comunicação oral e contatos pessoais, ambos formais e informais. Os vários canais de informação existentes variam consideravelmente quanto ao grau de eficiência e extensão de clientela atingida (SANTOS; SANTANA, 2002, p. 22).

Segundo Marin (2010, p.25), a disseminação das informações “servirá de apoio para tomada de decisão acerca do tipo de tratamento ao qual o paciente deverá ser submetido, orientando todo o processo de atendimento à saúde de um indivíduo e da população”. Segundo Mota e Carvalho (1999, p.507), há uma produção relevante de dados nos serviços de saúde, entretanto, não são transformados em informação com potencial de uso. Esses autores justificam essa suposição em razão da ausência de mecanismos no processamento e na disseminação, além de não integrar o processo a sistemas de informação. Portanto, os mecanismos de transferência da informação são estratégias para que as informações sejam disseminadas dentro de uma organização e propiciem a geração de conhecimento.

Nesta seção, foram abordados alguns dos conceitos que serviram de suporte para a elaboração desta dissertação. Em seguida, serão abordados os principais aspectos inerentes às informações em saúde e a definição de uma política de informação na área da saúde no país.

2.2 Informação e conhecimento: os organismos produtores de serviços de atenção à saúde e a presença de uma Gestão da Informação no sistema de saúde

“O homem somente constrói conhecimento na medida em que consegue expressá-lo a partir da linguagem – significado (signos) e a representação (símbolos)” (VALENTIM; GELINSKI, 2005, p.46).

A informação e o conhecimento possuem papel importante nas organizações devido ao grande número de dados que são gerados e que influenciam na tomada de decisões dos gestores. Segundo Bio (1996, p.120), “as informações no ambiente organizacional têm como principal papel alimentar processos de tomada de decisão. As decisões inerentes aos processos de planejamento, ao controle, formulação, acompanhamento de políticas e à interpretação de resultados”.

Definir o que compreendemos por dados, informações e conhecimento torna-se necessário para a contextualização do objeto da pesquisa de acordo com a base epistêmica da Ciência da Informação. Primeiramente, é importante compreender que o universo informacional é complexo e existem diferentes tipologias para a estruturação das informações no âmbito da tomada de decisões (VALENTIM, 2006).

O homem é um ser social, a mente contém todas as informações armazenadas sobre o ambiente; o conhecimento é a representação mental dessas informações extraídas por meio da cognição. Do ponto de vista biológico, um ser vivo não tem acesso ao campo do cognoscitivo e, desse modo, tem dificuldade em compreender o ambiente real e perceptivo, haja visto que o conhecer autoconsciente é contemplação evolutiva dos processos perceptivos dos seres humanos (MATURAMA; VARELA, 2001).

Davenport (1998, p.19) considera que os dados são estruturas facilmente quantificáveis – “observações sobre o estado do mundo”; e que a informação são dados dotados de relevância pelos seres humanos e possuem um propósito a partir da mediação humana; já o “conhecimento” é a informação obtida por meio da reflexão, síntese e contexto, sendo assim de difícil categorização e captura através das máquinas. Os dados são uma “abstração” haja vista que não existe intenção e que pode ser conhecido como tal, estes seriam apenas uma sequência de símbolos quantificados e/ou qualificados diferentemente do caráter significativo da informação (CAPURRO, 2007 apud RONDINELLI, 2013). Nesse sentido, Logan (2012, apud TEIXEIRA;

VALENTIM, 2015, p. 53) afirma que “os dados são os fatos puros e simples, sem qualquer estrutura ou organização; os átomos básicos da informação”.

O termo informação refere-se a tudo que é informativo com o intuito de sanar as necessidades informacionais dos indivíduos e, portanto, seria os dados interpretados a partir de atributos subjetivos e objetivos (CAPURRO; HJORLAND, 2007, apud TEIXEIRA; VALENTIM, 2015). Nesta perspectiva, Shanon (1948, apud TEIXEIRA; VALENTIM, 2015) definia a informação como um sinal de caráter objetivo ao derivar de dados registrados e agrupados quantitativamente, não considerando o papel do sujeito e o contexto no qual está inserido para a construção dos enunciados. Diferentemente dessa abordagem da “informação-como-coisa” - termo usado por Buckland (1991), a abordagem subjetiva da “informação estrutural” defendia que a informação implicava em significado e depende de um indivíduo para sua existência. Assim, a “informação estrutural está preocupada com o efeito e o impacto da informação na mente do receptor e, portanto, é reflexiva” (LOGAN, 2012, apud TEIXEIRA; VALENTIM, 2015, p.38).

Frohmann (2006) considera que informação é a representação do conhecimento e toma um caráter social a partir da materialidade. O conceito de materialidade é importante quando se pretende estudar sistemas de informação, visto que a partir da materialidade da informação torna-se possível compreender as especificidades sobre as categorias de pessoas e para que essas categorias possam ganhar massa e peso de identidades específicas. Popper (1975) afirma que a informação é um bem cultural, é um artefato produzido historicamente por uma sociedade. As informações geradas, tratadas, armazenadas são um produto social do coletivo, constituído a partir de uma “rede de olhares” dispersos, multifacetados, construída ao longo da história brasileira (MORAES, 2002, p.121-122).

Nesta perspectiva, a informação assume um papel estratégico para a transformação e manipulação dos dados, uma vez que necessita ser interpretada por uma estrutura de conhecimento para gerar conhecimento (TEIXEIRA; VALENTIM, 2015). Choo (2003, p.30) afirma que “o conhecimento reside na mente dos indivíduos, no entanto, exige uma conversão e um compartilhamento a fim de se consolidar como conhecimento”.

Considera-se que o conhecimento é construído a partir do significado e por meio da apropriação cognitiva do indivíduo (CHOO, 2003). Assim, o conhecimento torna a informação o meio pelo qual o sujeito cognoscente atribui significado aos dados/fatos e, por sua vez, passa a ser base para o processamento da informação e para a definição de ações para o uso da informação (TEIXEIRA; VALENTIM, 2015). O papel da informação nos organismos constitui-se como fator estratégico cada vez mais dinâmico em vista do avanço da ciência e tecnologia, por conseguinte, houve a necessidade de criar mecanismos para a identificação, acesso, tratamento, análise e disseminação por meio de um processo organizado de gestão dessas informações (VALENTIM, 2015).

Hoffmann (2015, p. 82) “sinaliza que existem desafios constantes no âmbito das organizações, no que diz respeito à gestão organizacional das informações geradas para melhorar o compartilhamento das informações e do conhecimento”:

- A existência de uma quantidade enorme de informações que envolvem a organização, que não se tem o tempo para sua análise ou falta objetividade;
- Os gestores não percebem as informações validadas, sintetizadas e no tempo certo para poder tomar decisões corretas e de forma rápida;
- A identificação de fontes de informações adequadas ao foco organizacional;
- A existência de competências essenciais para se trabalhar com a informação;
- A incorporação de uma cultura informacional e que fortaleça o processo de aprendizagem e;
- O uso inadequado de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), bem como de métodos, sistemas e instrumentos de apoio a GI, entre outros (HOFFMANN, 2015, p. 82).

Davenport (1998) salienta que a mudança de comportamento ligado à informação envolve esforços que relacionam os objetivos à administração da informação e do conhecimento, a saber:

- i. a mudança comportamental pode melhorar a percepção, por parte dos funcionários e gestores, quanto ao custo excessivo devido aos dados redundantes. No entanto, a percepção coletiva é fundamental para a obtenção de melhores resultados.

- ii. o *conteúdo* das arquiteturas informacionais é incompreensível, haja visto que existem poucas ferramentas para as discussões sobre as exigências e estruturas das informações.
- iii. o processo de desenvolver estruturas informacionais inibe o processo de mudança, pois os responsáveis pela organização e gestão da informação não participam diretamente desse desenvolvimento, portanto desconhece o valor estratégico da informação (DAVENPORT,1998).

Considera-se a gestão da informação como um indicador para a avaliação da relação entre a esfera pública, responsável pela gestão da saúde, e o usuário que demanda ações e serviços desse modelo de atenção à saúde. Desse modo, quanto mais fidedignas as informações geradas nesses organismos, maior será o monitoramento e implementação de propostas terapêuticas e maior será a agilidade de atendimento integral desse usuário no sistema.

Por conseguinte, a gestão da informação (GI) propicia maior agilidade e racionalização para o estabelecimento de estratégias de ação em ambiente corporativo. O gerenciamento da informação implica em considerar a organização da informação de acordo com as necessidades informacionais e função da coleta, armazenamento, distribuição, recuperação e uso da informação a fim de possibilitar o tratamento e disseminação, gerando conhecimento, para subsidiar a tomada de decisão (VALENTIM, 2006).

2.3 Informações em Saúde: os hospitais mediante o conjunto complexo das competências, tecnologias e sistematização da informação em saúde

No decorrer do século XIX, o surgimento de uma nova medicina conduzida por um sistema codificado e normativo de enunciação, foi se constituindo à medida que o médico, gradativamente, deixou de exercer apenas o registro e interpretação da informação hospitalar. Jean Clavreul (1983, p.76) defende em seu livro *A ordem médica*: “a medicina é um discurso”, que a medicina tem um objeto muito bem delimitado de pesquisa, à saber: a doença. Ainda que divergente da análise foucaultiana,

Clavreul entende que o conhecimento da medicina não é, necessariamente, um saber sobre o homem, mas em contrapartida, um saber sobre a doença, que para tal usa-se de classificações como meio de ordenamento da razão. Quanto a isso, Saurí (2001, p.102) propõe que “[...] o processo de categorizar se realiza, de fato, com condições lógicas de pensar que, mesmo reduzindo o comprovado a seus elementos primários, proporciona critérios úteis de ordenamento, mas, ainda que possibilitem uma distribuição do conhecido”. Desta forma, a categorização por meio do registro adequado de categorias proporciona um conceito com uma dupla acepção, tanto como um modo de expressão linguística, quanto por meio de ordenamentos hierárquicos e relações de subordinações (SAURÍ, 2001).

Neste sentido, o volume expressivo de massa documentária gerada pelos registros em saúde contribuiu para modificar, em relação ao doente, a posição médica de sujeito observante para a descrição dos fenômenos em saúde (FOUCAULT, 2008).

[...] É preciso descrever também os lugares institucionais de onde o médico obtém seu discurso e onde este encontra sua origem legítima e seu ponto de aplicação (seus objetos específicos e seus instrumentos de verificação). Esses lugares são, para nossa sociedade, o hospital, local de uma observação constante, codificada, sistemática, assegurada por pessoal médico diferenciado e hierarquizado, e que pode, assim, constituir um campo quantificável de frequências; a prática privada, que oferece um domínio de observações mais aleatórias, mais lacunares, muito mais numerosas, mas que permitem, às vezes, constatações de alcance cronológico mais amplo, com melhor conhecimento dos antecedentes e do meio; o laboratório, local autônomo, por muito tempo distinto do hospital, no qual se estabelecem certas verdades de ordem geral sobre o corpo humano, a vida, as doenças, as lesões, que fornece certos elementos de diagnóstico, certos sinais de evolução, certos critérios de cura, e que permite experimentações terapêuticas; finalmente, o que se poderia chamar a "biblioteca" ou o campo documentário, que compreende não somente os livros ou tratados, tradicionalmente reconhecidos como válidos, mas também o conjunto dos relatórios e observações publicadas e transmitidas, e ainda a massa das informações estatísticas (referentes ao meio social, ao clima, às epidemias, à taxa de mortalidade, à frequência das doenças, aos focos de contágio, às doenças profissionais) que podem ser fornecidas ao médico pelas administrações, por outros médicos, por sociólogos, por geógrafos (FOUCAULT, 2008, p.57-58).

O aumento significativo dos registros em saúde fez com que os documentos nessas instituições se tornassem fundamentais para o reconhecimento sobre a realidade da situação da saúde, ao passo que o hospital passou a ser o local de observações

sistemáticas tornando possível não somente o ato de dar sentido ao sujeito, como também fomentar discursos inerentes as diversas instâncias geradoras de saberes sobre a vida e o corpo humano (FOUCAULT, 2008).

Historicamente, o papel dos hospitais era atender em um leito as pessoas doentes (centrismo em torno da atenção médica) e compreendia que o papel desses organismos era a prestação de um serviço com caráter meramente curativo. Com a crescente necessidade de promoção da saúde e definição de estratégias para a prevenção de doenças houve uma alteração desse quadro e, conseqüentemente, da compreensão sobre a integração do hospital em uma rede de atenção à saúde para melhorar os serviços que os profissionais possam oferecer aos pacientes (OPAS, 2004).

O conhecimento acerca de mecanismos que proporcionassem a assistência à saúde era bastante limitado e as informações advinham do processo de observação com o intuito de se evitar doenças ou tratá-las. De fato, o hospital é considerado uma organização complexa na qual se produzem amplos conhecimentos para gerar um produto heterogêneo: a recuperação da saúde. Observa-se que somente a partir do século XXI a prática de recuperação da saúde estruturou-se nos moldes como conhecemos atualmente, sendo que o hospital passou a absorver as novas tecnologias e conhecimento, o que provocou transformações em relação ao consumo dos serviços de saúde (VECINA NETO, 2011).

Vecina Neto (2011) defende que em torno da organização do hospital existe um conjunto complexo de competências, tecnologias, recursos, gestão de informação mediante sistemas de retroalimentação entre os sujeitos que compreendem esse sistema. Com a evolução do caráter curativo dos hospitais, o sujeito do discurso⁴ passou a utilizar novos “sistemas de registro, de notação, de descrição, de classificação, de integração em séries numéricas e em estatísticas, com a instituição de novas formas de ensino, de circulação das informações, de relação com os outros domínios teóricos” (FOUCAULT, 2008, p. 59).

⁴ “O discurso não é a manifestação de um sujeito que pensa, que conhece, e que o diz: é, ao contrário, um conjunto em que podem ser determinadas a dispersão do sujeito e sua descontinuidade em relação a si mesmo. É um espaço de exterioridade em que se desenvolve uma rede de lugares distintos. Ainda há pouco mostramos que não eram nem pelas “palavras” nem pelas “coisas” que era preciso definir o regime dos objetos característicos de uma formação discursiva; da mesma forma, é preciso reconhecer, agora, que não é nem pelo recurso a um sujeito transcendental nem pelo recurso a uma subjetividade psicológica que se deve definir o regime de suas enunciações” (FOUCAULT, 2008, p. 66).

No final do século XIX no Brasil o Estado exercia o papel principal na definição de proposta acerca da situação sanitária, a rede hospitalar existente era voltada para os militares, e as Santas Casas de Misericórdia tinham o papel de abrigar os pobres. Com a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde em 1963 discutiu-se a municipalização da assistência à saúde, a organização do setor e a situação sanitária do país promovendo campanhas contra grandes endemias e doenças imunopreveníveis (VECINA NETO, 2011).

Somente a partir da década de 1970/80 com a crescente urbanização, por meio da Sexta, Sétima e Oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS) que os profissionais da área da saúde, a população, os movimentos sociais, movimento das “Diretas Já - juntamente com as experiências de gestão municipal de Itu, Campinas, Niterói, Montes Claros e Sobradinho - começaram a propor a estruturação formal da assistência à saúde como um direito conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988 em seus artigos 196 a 200, do novo sistema de saúde (VECINA NETO, 2011).

A 8ª CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS (extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689) ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e por fim a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) e a lei da participação social (Lei 8.142/90) que estrutura o controle social em conselhos tripartites com a participação dos usuários (população) na gestão do serviço (33% usuários, 33% trabalhadores, 33% dirigentes da saúde) (VECINA NETO, 2011).

O setor de saúde é responsável pela produção, comercialização de produtos e serviços que envolvem os cuidados e tratamentos em saúde. O modelo de atenção à saúde (forma em que se organizam a prestação de serviços de saúde) influencia diretamente na organização e estruturação dos sistemas de saúde, de acordo com o nível de atenção – primária, secundária e terciária -, e no atendimento dos serviços de saúde – ambulatorial e internação. Os hospitais como parte integrante desse sistema historicamente possuem um modelo voltado para os aspectos biomédico e curativo, e “por uma cultura de auto-suficiência por ser, junto com o médico, a instituição com

mais poder que desempenhava um papel modulador e hegemônico do sistema sanitário” (OPAS, 2004, p. 72).

“Se o paciente é cidadão-cliente e a sociedade é o mercado em que se situa o hospital, a produtividade é o fator crítico de legitimidade social dos hospitais” (OPAS, 2004, p. 123). Cada hospital se comporta como um microcosmo humano com sua própria história, estrutura, forças e fraquezas. Neste sentido, como qualquer organização social este é formado por seres humanos dotados de competências, processos e tecnologias por meio de uma ordem estrutural e profunda (OPAS, 2004).

2.4 O Estado e a informação: contexto histórico para a construção da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS)

A medicina é um saber que possui relações intrínsecas com o poder e que reflete, diretamente sobre o corpo individual e a população, efeitos disciplinares e regulamentadores de controle e governo dos vivos. Assim considerado, pode-se então dizer que, nas sociedades liberais e neoliberais, sobretudo, o elemento que circula entre os acontecimentos aleatórios biológicos e a ordem disciplinar do corpo é a "norma" (FOUCAULT, 2005). Para Foucault, a “norma” seria “o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar [...] mediante o jogo duplo das tecnologias de disciplina, de uma parte, e das tecnologias de regulamentação, de outra” (FOUCAULT, 2005, p. 302).

Para Foucault, o sistema capitalista, sobretudo o governo neoliberal, condiciona o modo de existência através do trabalho. O trabalho, a educação, a psicologia, a saúde, a medicina, tudo isso são formas de disciplinar o corpo e extrair dele o máximo possível para melhor funcionamento do modo de produção a que estamos inseridos. Nesse sentido, há um fato econômico-institucional que contribui para a manutenção da norma. Neste sentido, a norma só existe porque há o Direito como outra grande força de constrição (FOUCAULT, 2005).

Para Foucault, o corpo humano adentrou de duas formas distintas na relação de consumo/mercado. Num primeiro momento, através do salário e, posteriormente, por

meio da saúde. Foucault (2011, p. 389-390) acredita que a medicina moderna fez funcionar o que ele chama de *economia política da medicina*. Com isso, a medicina reverteu sua função junto à economia de fornecer cidadãos cada vez mais aptos ao trabalho e ao modo de produção, e passou a capitanear a saúde por meio de uma atividade mercadológica onde a obtenção do bem-estar entra como veículo de troca na relação médico-paciente. A partir de então, “o direito a uma saúde igual para todos é capturado em uma engrenagem que o transforma em desigualdade” (FOUCAULT, 2011, p. 391).

No século XIX o poder se incumbiu tanto do corpo quanto da vida em geral, se constituindo, assim, em um Biopoder do qual podemos questionar como disciplinar e/ou regulamentador. O Biopoder só é disciplinar porque é regulamentador, e vice-versa. Digamos que o processo é complementar, e não antagonico. Ou, noutra limite, pode-se compreender a Biopolítica como uma extensão do governo de soberania humana e tem como objeto, e como objetivo, a própria vida, visto que a justaposição, ou melhor, o funcionamento desse poder implica num mecanismo que permite o funcionamento do Estado a partir de regulações biológicas mediante ordem disciplinar do corpo (FOUCAULT, 2005).

Segundo Foucault (1999), não existe uma realidade global e unitária chamada poder. Existem práticas ou relações de poder que se exercem de forma complexa, múltipla e estratégica por toda a estrutura social. Neste sentido, consideramos que a informatização dos serviços de saúde, que a exemplo dos hospitais, é um fenômeno gerido pelo Estado, não está à parte das relações de poder - o que nos leva a pensar a informação em saúde como um elemento fundamental para conceituar e problematizar em torno da implementação da informatização.

Foucault, ao longo de grande parte de sua obra, mostra que é a partir do século XVII, quando o Estado volta a sua atenção do território para a população, que se constitui um saber político no qual a informação passa a ser empregada de forma mais consistente, e o olhar do Estado se faz na palavra e no registro, ampliando assim o uso dos documentos (BRANCO, 2006). Para Foucault (2011), os regimes de verdade criam sistemas/conjuntos ordeanados de proposições, com o intuito de controlar o acontecimento e o aparecimento da palavra, e sobretudo, selecionar o que é a verdade.

Os regimes de informação, neste aspecto, podem ser considerados como um regime de controle discursivo na sociedade disciplinar e que contribuem, de algum modo, para uma Biopolítica humana, em consonância com um regime de constrição e domínio do que é o humano.

Em meio ao avanço das novas tecnologias, a informação possui papel estratégico para a formulação de políticas públicas. Historicamente, a necessidade de obter informações como recurso estratégico deu-se em meados dos anos 1970, a partir da inserção dos computadores nas grandes corporações a fim de melhorar os processos administrativos e gerar um contingente de informações de forma rápida (VALENTIM, 2006). Em 2003, o DATASUS liderou o processo de estruturação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde – PNIIS. A 12ª Conferência Nacional de Saúde - eixo temático “Informação e Comunicação em Saúde” - foi essencial nesse processo e culminou com a aprovação de deliberações que reiteram os fundamentos da proposta defendida pela PNIIS (LIMA et al., 2009). “A aprovação da PNIIS constitui um reforço explícito e importante para embasar a política de disseminação de informações do DATASUS, dando-lhe instrumentos para, com mais segurança, assumir os desafios atuais e os que estão por vir” (BRASIL, 2009, apud LIMA et al., 2009, p. 122).

Em praticamente todas as organizações, a informação é influenciada a todo o momento pelo poder, pela política e pela economia (DAVENPORT, 1998). Moraes (2002, p. 18) questiona: “Como as Informações em Saúde podem contribuir para um processo democrático emancipador do homem brasileiro e para a gestão e melhoria da saúde no início do terceiro milênio?”.

Esta questão pode ser respondida pela estruturação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, tendo não somente o foco da sua construção em caráter emergencial, mas sim a sua consolidação e sua efetividade centrada nos princípios e diretrizes que constituem o SUS. No Brasil, a área da saúde, há algumas décadas, vem se constituindo um segmento produtor de importante e significativo volume de dados, acrescido principalmente devido à crescente complexidade do próprio sistema de saúde. No entanto, o Estado somente a partir de 2003 deu início à formalização oficial de uma Política Nacional de Informações em Saúde (BRANCO, 2006).

A elaboração e a implementação de políticas de informação são influenciadas diretamente pelas redes políticas em função dos aspectos inerentes às informações como elemento de transformação da sociedade (MARCIANO, 2006). Segundo González de Gómez (1999, apud JARDIM, 2011, p. 200), a política de informação é o “conjunto de ações e decisões orientadas a preservar e a reproduzir, ou a mudar e substituir um Regime de Informação, e podem ser tanto políticas tácitas ou explícitas, micro ou macropolíticas”.

A PNIIS e o Plano Diretor para o Desenvolvimento da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde (PLaDITIS) preconizam uma gestão integrada, acesso e uso da informação e da tecnologia da informação para contribuir com as políticas de saúde. Nesse sentido, a PNISS fortalece a “convergência de produção na utilização do conhecimento, com vistas a possibilitar interações entre diversos agentes sociais envolvidos nos processos de produção e uso de dados e informações em saúde” (CUNHA, 2005, p. 207).

Como organizar um sistema único de saúde que possa atender as demandas dos usuários, profissionais, políticas, econômicas e informacionais? Não é possível compreender as especificidades dos Organismos Produtores de Serviços de Atenção à Saúde sem abordar as informações e sua importância exercida nos processos estratégicos desses serviços de saúde. Faz-se necessária uma mudança conjuntural, de forma a colocar a saúde (caráter preventivo) e não a doença como a diretriz dos serviços de saúde em favor dos cidadãos conforme sinalizado na PNIIS e na Constituição Federal de 1988.

Nesse aspecto, cabe ressaltar que a PNIIS orienta todo o processo de produção, análise e disseminação das informações preservando o direito ao acesso às informações, enquanto direito de cidadania e, como política, pode nortear os direitos e deveres de produtores e usuários de informações, bem como sua relação no processo decisório das políticas de saúde como instrumento para diminuir as iniquidades em saúde (MORAES, 2006). O objetivo geral que norteia as diretrizes da PNIIS foi definido como

[...] Promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação articulado, que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional,

a geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços e, assim, contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população (BRASIL, 2016 p. 12).

A estruturação desta política trouxe novos direcionamentos para o desenvolvimento de ações no campo da informação e informática em saúde, e permitiu a concepção de um modelo de produção e disseminação de informações no setor. Esta política como um de seus princípios, que a informação em saúde deve ser o elemento estratégico para a universalidade, a integralidade e a equidade social do SUS (BRASIL, 2015).

É importante enfatizar, neste contexto, que novas competências serão necessárias para os profissionais de saúde: conhecimento em TI e bioinformática, desenvolvimento de pesquisas – aspecto transdisciplinar, a necessidade de liderança científica que “ultrapasse o tecnicismo das máquinas, dos medicamentos e dos serviços de apoio” (BRASIL, 2015). Portanto, além da formação de profissionais capazes de organizar e interpretar o volume de informações - e vale ressaltar que somente o Estado não conseguirá atender a este intento - é necessário que as universidades, centros de pesquisas e grupos de estudos levantem questões a serem discutidas para consolidar as estratégias e diretrizes de informações em saúde.

Neste contexto, o próximo capítulo aborda as informações e tecnologias de informação em saúde para uma melhor compreensão da disseminação da PNIIS e do PlaDITIS no âmbito dos hospitais.

CAPITULO 3 INFORMAÇÕES E TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE: A INFORMAÇÃO COMO DIRETRIZ DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

“O desenvolvimento do capital é uma condição fundamental no novo modelo de desenvolvimento e a saúde figura como um dos seus componentes essenciais” (OPAS, 2004, p. 38). Haja vista que o equilíbrio entre oferta e demanda em saúde depende diretamente do conhecimento gerado nos organismos produtores de serviços de saúde, principalmente em relação à oferta desses serviços e o volume de informações geradas, acumuladas e recebidas no setor.

“As tecnologias para a saúde refletem a aplicação prática de conhecimentos, por isto, incluem máquinas, procedimentos clínicos e cirúrgicos, remédios, programas e sistemas para prover cuidados à saúde” (TRINDADE, 2008, p.952). As tecnologias em saúde podem ser um equipamento novo ou um dispositivo, um procedimento cirúrgico, um modelo organizacional ou sistema de apoio de saúde, um novo programa ou sistema para o cadastramento e acompanhamento de pacientes. Essas tecnologias constituem-se mecanismos oriundos de conhecimentos práticos no intuito de servirem como suporte para a organização dos serviços de saúde e podem ser classificadas em relação à fase do seu ciclo de vida, a saber: i) emergentes, são aquelas que encontram-se em pesquisa e desenvolvimento e, ainda não foram incorporadas no sistema de saúde; ii) novas, são aquelas que estão na fase de adoção e incorporação; iii) em difusão, podem ser consideradas como as tecnologias em saúde aceitas e estão em uso; iv) as tecnologias estabelecidas, são definidas como aquelas tecnologias estabelecidas e aceitas, mas não são priorizadas e ainda precisa ser comprovada sua efetividade para o sistema de saúde e; v) em abandono ou obsoletas são aquelas tecnologias que estão em desuso ou estão obsoletas (BRASIL, 2010).

O SUS é um grande consumidor de tecnologias em saúde. O objetivo principal da incorporação dessas tecnologias é garantir o acesso universal aos serviços de atenção à saúde e garantir aos usuários o direito à saúde. No entanto, o crescimento exponencial

de novas tecnologias no setor trouxeram grandes desafios e problemáticas tais como o aumento dos gastos, adaptação da equipe médica e paciente, competências, interdependência tecnológica, entre outros (TRINDADE, 2008). Entende-se que as inovações em saúde deveriam ser mais efetivas e seguras, no entanto fatores demográficos (e.g. aumento na expectativa de vida, prevalência de doenças crônicas, tais como diabetes, câncer, entre outras), epidemiológicos (e.g. surto de doenças infecciosas, como dengue, malária e infecção por HPV), políticos e econômicos (e.g. papel da indústria farmacêutica na incorporação de novos medicamentos) podem impulsionar a incorporação de novas tecnologias (BRASIL, 2010).

As tecnologias independentes do seu ciclo de vida, quando empregadas no sistema de saúde, não expressam somente às necessidades do usuário (demanda), também são influenciadas diretamente pelo contexto social da utilização desses serviços em tempos anteriores (histórico). Essas tecnologias informam sobre o perfil da situação de saúde da população, gerando à longo prazo a melhoria dos serviços prestados através de políticas de saúde adequadas as característica endêmicas, sociodemográficas, sanitárias dessa localidade (VECINA NETO, 2011).

Neste capítulo, apresentam-se os principais aspectos relacionados às Tecnologias da Informação e Comunicação no contexto dos Sistemas de Informações em Saúde e a importância da sistematização das informações geradas nos hospitais.

3.1 Tecnologias da Informação e Comunicação: o fortalecimento dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS) para a melhoria do SUS

O progresso técnico na sociedade moderna, na medida em que, incorporado aos mecanismos de controle e padrões de crescimento urbano sobre nossa experiência como pacientes, empregados e consumidores, permite a compreensão em sentido comum que a eficiência tecnológica seria o único critério de desenvolvimento e democratização de na sociedade porventura. No entanto, esta compreensão pode ser revisada. Segundo Heidegger, os meios não possuem um caráter estritamente neutro e seu conteúdo afetam

diretamente o contexto no qual está inserido e que seu conteúdo está relacionado às condições – código sócio-técnico em que é projetado seja qual for o seu fim (HEIDEGGER, 1987, apud DAGNINO, 2010).

Ao confrontarmos a história das civilizações perceber-se-á que do mesmo modo que no mundo medieval a religião estava preminentemente embutida nos sistemas de controle daquela sociedade, pode-se dizer que hoje a sociedade moderna tem, na mesma intensidade, uma conexão direta com a tecnologia (DAGNINO, 2010). De acordo com a Escola de Frankfurt, “a tecnologia é um dos recursos mais importantes do poder que se exerce sobre as sociedades modernas” pelo enorme poder exercido sobre nossas experiências e impacto social (DAGNINO, 2010, p. 114).

De fato, do ponto de vista histórico, observamos que a tecnologia provoca mudanças sociais, mas não necessariamente as origina ou determina como se desenvolverão (ELLIOT; ELLIOT, 1980, p. 24, apud DAGNINO, 2010). A sociedade tecnológica – conceito formulado por David e Ruth Elliot – está a todo momento sendo induzida pela tecnologia. “A tecnologia tornou-se não apenas uma ferramenta para administrar a informação, mas também um setor vigoroso em si mesmo” (DAVENPORT, 1998, p.15). No entanto, as informações não acompanharam esse crescimento vertiginoso devido a expectativa de que a tecnologia, em si, pudesse resolver todos os problemas das estruturas administrativas das organizações (DAVENPORT, 1998).

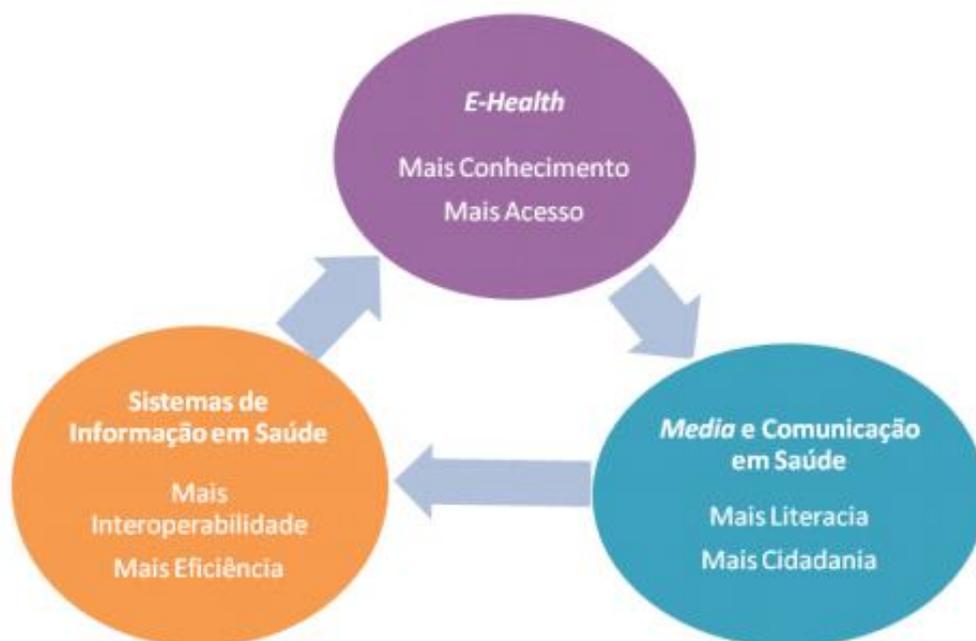
Assim, a tecnologia inseriu componentes na formação de suportes para direcionar novas formas de criar, organizar e integrar a informação para uma gestão eficiente em prol da construção do conhecimento (CALDAS, 2015). Com a crise do fordismo, desde a década de 1970 iniciou-se o processo de flexibilização da produção e do próprio trabalho. Nesse contexto, as “TIC desenvolveram-se fortemente a partir da difusão de outras tecnologias, como a biotecnologia, a optoeletrônica e a nanotecnologia, sendo estas caracterizadas pelo uso intensivo de informação” (MACIEL; ALBAGLI, 2011, p.18).

Observa-se que a atual revolução tecnológica é caracterizada pela dispersão do conhecimento e da informação, em função de um conjunto de dispositivos de processamento/comunicação da informação, num ciclo de realimentação caracterizado,

principalmente, pela inovação e uso exarcebado da tecnologia. Desta forma, a sociedade emerge desse processo capitalista, mas também inserida num contexto informacional, de acordo com sua história, cultura, instituições (MORAES; FADEL, 2006).

Assim como em outros setores da sociedade, a utilização das TIC provocam transformações importantes na área da saúde, sobretudo no que diz respeito à prestação de serviços de qualidade ao cidadão, à melhoria na gestão dos diversos estabelecimentos de saúde e na disseminação das informações. A incorporação das tecnologias de informação no sistema de atenção à saúde, de forma mais efetiva sob o ponto de vista da tecnologia da informação, organiza-se em três eixos a partir de sua utilização: (1) e-health (e-saúde); (2) Os Sistemas de Informação em Saúde; (3) Midia e comunicação em saúde. (Figura 4). A e-health constitui-se um eixo principal de utilização da TI para a estruturação de um novo modelo de relação entre o cidadão e os profissionais de saúde no processo de compartilhamento da informação. Incorpora alguns problemas e desafios, em função de “questões éticas sobre os modos emergentes de interação entre os cidadãos e os profissionais de saúde, assim como, no que diz respeito aos limites da disponibilização de informações aos cidadãos e sua privacidade” (PLANO NACIONAL DE SAÚDE, 2011, p. 4).

Figura 3: Eixos das Tecnologias de informação e comunicação na saúde



Fonte: (PLANO NACIONAL DE SAÚDE, 2011).

Desse modo, os SIS estão inteiramente ligados ao conceito de e-Saúde, caracterizam-se pela disseminação das informações em contextos institucionais na área da saúde, com vista a contribuir para a eficiência e qualidade da prestação de cuidados de saúde e da melhoria da sua gestão. Nesse aspecto, a interoperabilidade, qualidade e segurança dos seus dados e do seu processamento para a utilização dos indicadores em saúde podem contribuir para disseminação destas informações (PLANO NACIONAL DE SAÚDE, 2011).

Atualmente, o conjunto de limitações que as TIC apresentam no setor da saúde decorre da própria complexidade e evolução do setor. Para ultrapassar é necessário elaborar estratégias que envolvam a capacitação do cidadão em saúde e a disseminação de informação preventiva e de promoção de estilos de vida saudáveis (PLANO NACIONAL DE SAÚDE, 2011). Desse modo, entende-se que a análise dos SIS pode ser baseada a partir de três unidades de análise, a saber: i) as organizações e seus modelos de gestão; ii) os profissionais e; iii) as redes físicas e tecnológicas de informação e software. A implementação das TIC permitiu a melhoria de processos administrativos e clínicos em função da articulação dessas três unidades de análise e, portanto, verifica-se que os serviços de saúde necessitam está conectados em rede, para promover a inovação, acessibilidade à informação e a partilha de conhecimento (ESPANHA et al, 2010).

No eixo que trata da mídia e comunicação em saúde entende-se a difusão das informações sobre os aspectos relacionados à saúde divulgados pela mídia contribuem para a construção individual e coletiva do conhecimento em saúde e promoção da cidadania (ESPANHA et al., 2010). Para Thomas (2001, p, 56), a comunicação em saúde é realizada em função da análise e impacto das políticas de saúde e as prioridades devem estar centradas nas seguintes dimensões:

1. Individual - O indivíduo é o alvo fundamental para a mudança relacionada com a saúde, pois são os comportamentos individuais que alteram os estatutos – a comunicação em saúde pode afetar a disposição, os conhecimentos, as atitudes, a eficácia pessoal e a capacidade de comportamentos de mudança;

2. Rede Social - As relações individuais e em grupo podem ter um importante impacto na saúde de cada um. Programas específicos de comunicação em saúde podem trabalhar no sentido de dar forma e sentido à informação recebida pelo grupo e alterar os padrões e o consumo. Os líderes de opinião num determinado grupo são portas de entrada para campanhas de comunicação;

3. Organizações - Incluem normalmente grupos formais com uma estrutura definida, como as associações, clubes e grupos cívicos, locais de trabalho, escolas, cuidados de saúde primária, etc. As organizações podem transmitir mensagens de saúde aos seus membros, fornecer apoio a esforços individuais e pôr em prática mudanças políticas que levam à mudança individual;

4. Comunidade - O bem estar coletivo das comunidades pode ser apoiado criando estruturas e políticas que apoiem estilos de vida saudáveis, tentando promover melhorias ambientais. Iniciativas a este nível são planeadas normalmente por instituições como escolas, empresas, estruturas de saúde, grupos comunitários ou departamentos governamentais;

5. A sociedade - A sociedade como um todo tem grande influência no comportamento individual, incluindo normas e valores, atitudes e opiniões, leis e políticas, ambiente político, econômico, cultural e informacional.

Observa-se que “na confluência de todas estas dinâmicas encontramos a relação dos cidadãos e dos profissionais de saúde uns com os outros, mas também internamente à instituição onde se desenvolvem a prestação de cuidados de saúde a vários níveis” (ESPANHA et al., 2010, p. 22). Para Pereira (2005, apud CALDAS, 2015), as tecnologias de informação permitem que os indivíduos alcancem seus objetivos funcionais através do acesso à informação, o que por sua vez dá suporte para a tomada de decisões. Para tanto, são necessárias a disponibilização de mecanismos eletrônicos com alta qualidade e segurança da informação, bem como de registros em saúde sistematizados. Neste sentido, o processo de tomada de decisão por parte dos gestores em saúde está intimamente ligado ao compartilhamento da informação e do conhecimento e não obstante exclusivamente da disposição desses dispositivos tecnológicos (ESPANHA et al., 2010).

Os hospitais possuem alta densidade de utilização de tecnologias e abrigam diferentes pontos de atenção: ambulatório, unidade cirúrgica, maternidade, unidade de terapia intensiva, unidade hospitalar, dentre outros que geram diariamente um volume expressivo de dados e informações que alimentam diversos sistemas de informações

(VECINA NETO, 2011). No entanto, a incorporação às tecnologias de informação e comunicação no setor da saúde ainda não é acompanhada pela criação de mecanismos de avaliação e processos e suas respectivas implementações para controlar a qualidade das implementações e uniformizar os processos (ESPANHA et al; 2010).

As transformações provocadas pelo processo de inserção das TIC nos dispositivos de gestão da saúde em sociedade já fazem parte do cotidiano, sendo que essas transformações impactam nas relações da sociedade com os dispositivos de Estado - Políticas de Saúde e; contribui para o aumento significativo do volume de dados gerados, da estrutura e dos fluxos e processos de informação. Desse modo, a rápida difusão das novas tecnologias impulsiona a transformação da organização da produção e do trabalho nas organizações na medida em que constituem-se como a base técnica responsável pela dinâmica de acumulação de capital (MORAES; FADEL, 2006).

Assim, não é possível discutir informação e as tecnologias que lhe dão suporte visto que estão totalmente influenciadas pela confluência de saberes e práticas no contexto da gestão do SUS, constitui-se em um Bem Público tangível e intangível para a garantia da privacidade do cidadão. Durante a realização do IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, promovido em 2007 pela ABRASCO, iniciou-se o processo de elaboração do 1º. PlaDITIS (2008-2012) e foram definidas as seguintes dimensões estratégicas para o desenvolvimento da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde discutidas no 2º. PlaDITIS (2013-2017), a saber:

- i. **Governança e Gestão da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde (ITIS):** A sobreposição de registros e de fluxos de informação, em um contexto caracterizado pela carência de recursos humanos e de mecanismos gerenciais eficientes para a disseminação da informação, observa-se que o uso sistemático das informações para subsidiar a gestão do SUS, desde a esfera municipal até a federal, e a incorporação do princípio de integralidade da atenção no SUS torna-se peça chave para a melhor do sistema de saúde (ABRASCO, 2013).
- ii. **Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação na área temática ITIS:** Compreende uma Política de Estado voltada para a constituição de trabalho colaborativo e que leve em conta a interdisciplinaridade via uma Rede de Centros Colaboradores de Pesquisa em Informação e Tecnologia da Informação em Saúde voltada para um intensivo processo disseminação do conhecimento (teórico, conceitual, epistemológico, metodológico, tecnológico e técnico-operacional) nas esferas públicas de C&T em saúde e dos serviços de saúde (ABRASCO, 2013).

- iii. **Ensino e formação permanente de equipe de informação e TI em saúde:** Difundir o ensino-aprendizagem em saúde, não restrito às tecnicidades, mas também a um processo de reflexão e de crítica à respeito do plano e do modelo inovação vigente (ABRASCO, 2013).
- iv. **Ética, privacidade e confidencialidade:** A incorporação de novas tecnologias de informação cada vez mais aumenta o controle da vida do cidadão através das diferentes bases de dados. Torna-se fundamental, portanto, discutir o limite desta interferência da esfera pública e na esfera privada da vida e as estratégias para a utilização dessas tecnologias de informação e comunicação (ABRASCO, 2013).
- v. **Informação e TI em Saúde:** Democracia, controle social e justiça cognitiva: Tradicionalmente, ‘democratização’ vincula-se ao acesso à informação. A elaboração de estratégias de democratização das informações e TI em saúde para a população, conselheiros de saúde representantes dos usuários do SUS permitirão formar uma consciência sanitária coletiva. Nesse contexto, o desenvolvimento e implementação de mecanismos de interlocução entre a sociedade civil organizada, em especial os Conselhos de Saúde e as instituições de ensino e pesquisa são iniciativas importantes (ABRASCO, 2013).

As Informações e Tecnologias de Informação em Saúde (ITIS) registram a história da população e são determinadas pelo contexto histórico, político e social, em que são gerados e desenvolvidos em função dos serviços de atenção à saúde. Salienta-se que um trabalho transdisciplinar constitui-se o elo entre o registro da doença e uma visão unificada dos processos de atenção à saúde-doença-cuidado e, desse modo, superariam a fragmentação da informação por meio da interoperabilidade e padronização (ABRASCO, 2013). “O modelo de governança da ITIS precisa ser estruturado para fortalecer a excelência pública, das três esferas de governo, na área de informação e tecnologia de informação em saúde. As ações que precisam ser adotadas para a gestão da informação” (ABRASCO, 2013, p. 22).

3.2 Sistemas de Informações em Saúde: contexto da integração das informações em saúde como reservas de conhecimento

A interação entre os diferentes níveis das organizações possibilita o compartilhamento de informações e conhecimento, visto que a organização é um sistema adaptativo e pode-se afirmar que os sistemas informacionais facilitam esse processo de transmissão/interação entre os indivíduos. Desta maneira, todo e qualquer

conjunto de atividades ao processo de G.I constitui-se parte de um SI (VALENTIM, 2006).

Em um hospital a gestão está diretamente associada à informação. Nesse aspecto, a informação é um insumo cognitivo básico que contribui para conhecer a função hospitalar. Além disso, contribui para sistematizar as funções dos sujeitos inseridos nesse setor para obter serviço de qualidade, controle dos custos e melhoria da organização e estratégia no âmbito clínico, administrativo e financeiro (OPAS, 2004).

O valor estratégico da informação, seus desafios como instrumento de gestão hospitalar no processo do fluxo da informação e dos sistemas de informação possuem particular relevância na estrutura, especialmente, com o contexto do avanço das tecnologias aplicadas à saúde. Apesar de as informações estarem presentes em todos os processos hospitalares, um sistema de informação torna-se insumo estratégico nessa organização quando aporta a informação essencial para a gestão, e não pelo volume dessas informações geradas (OPAS, 2004).

Os sistemas de informação lidam com um conjunto de elementos (dado, informação, conhecimento, comunicação e ação) inseridos em uma lógica processual, na qual não existe uma relação linear, mas uma “inter-relação múltipla e de retroalimentação”, que sofre interferência de fatores políticos, econômicos, sociais e culturais (ALAZRAQUI; MOTA; SPINELLI, 2006). O SI pode ser definido como

[...] um conjunto de componentes inter-relacionados que coleta (ou recupera), processa, armazena e distribui informações destinadas apoiar tomada de decisões, a coordenação e o controle de uma organização. Além de dar suporte à tomada de decisões, à coordenação e ao controle, esses sistemas também auxiliam os gerentes e trabalhadores a analisar problemas, visualizar assuntos complexos e criar novos produtos (LAUDON; LAUDON, 2004, apud CATARINO et al., 2006, p.7).

Na perspectiva da Teoria dos Sistemas, o sistema de informação implica interação entre todos os componentes do meio, assim, busca-se, com o sistema de informação, recompor um todo, o que somente será possível mediante o conhecimento e a comunicação entre as partes interdependentes. A abordagem de sistemas reforça adicionalmente a probabilidade de que investimentos e intervenções para fortalecer os

sistemas de saúde sejam eficazes. O objetivo de um Sistema de Informação em Saúde é muitas vezes definido apenas como a produção de dados de boa qualidade. No entanto, o objetivo final é mais do que isso - é produzir informações relevantes para que as partes interessadas do sistema de saúde possam usá-las para fazer da maneira mais transparente as intervenções necessárias ao sistema de saúde (WHO, 2008).

O Sistema de Informação (SI) permite que um conjunto de dados seja capturado e processado para que possa gerar informações oportunas, de conteúdo adequado e confiável. Segundo Bio (1996, apud VALENTIM, 2006), para o desenvolvimento de um SI eficaz é importante que sejam consideradas as necessidades de informações exigidas pela organização; desse modo, o sistema será mais valioso quanto maior for a redundância das informações geradas, em função das necessidades nas quais foram produzidas. Neste aspecto, o principal problema da criação de sistemas é definir quais são as necessidades de informações? Como defini-las estrategicamente? Salienta-se que a informação somente poderá ser considerada útil e eficiente se o usuário conseguir compreendê-la e utilizá-la; desta forma, no que tange à gestão da informação, a qualidade da informação fica condicionada à qualidade e ao seu comportamento mediante do uso das informações.

O banco de dados deve armazenar informações fidedignas, de fácil compreensão, interpretação e acesso rápido para o apoio na tomada de decisão na organização. Considera-se que esses sistemas não se limitam apenas às tecnologias (técnica) haja vista que compreendem os recursos humanos, estrutura das informações e procedimentos adotados para o seu funcionamento (CATARINO et al., 2006). Desta forma, a organização da informação, desde a sua seleção, estruturação e recuperação constitui-se como um todo que visa explorar, desenvolver e otimizar o processo decisório para o planejamento e avaliação dentro e entre os órgãos administrativos (VALENTIM, 2006).

No que tange aos Sistemas de Informações em Saúde (SIS), os dados são coletados com o intuito de serem criadas reservas de conhecimento, sendo estes constituídos a partir de uma rede de olhares multifacetada (MORAES, 2002). No caso dos hospitais, os critérios e padrões – por meio de uma linguagem padronizada e

sistemática - que permitirão esse conjunto de informações gerarem conhecimento (OPAS, 2004).

Os processos hospitalares estão cada vez mais inseridos no contexto da implantação de sistemas adequados para o gerenciamento das informações, de comunicação e de referência e contra-referência de pacientes bem como de novos modelos de atenção à saúde (centros de atenção primária, atenção domiciliar, unidades móveis, dentre outros). Qualquer processo de mudança no hospital exige informações para o conhecimento, assim como interação do hospital com a rede assistencial e com o ambiente social (OPAS, 2004).

O sistema de informação pode ser considerado eficiente e confiável quando permite acessar e processar, de forma rápida e eficiente, todas as informações produzidas no campo da atenção médica. Assim, a informação permite estabelecer uma relação estratégica entre os diversos agentes inseridos no contexto hospitalar (OPAS, 2004). O hospital constitui-se como um sistema aberto e procura integrar visões que integram a equipe médica em equipes de gestão multidisciplinar e a integração de enfoques disciplinares na gestão com enfoque na avaliação de tecnologias de saúde, por meio do uso da medicina baseada em evidências e *marketing* social.

A comunicação e os sistemas de informação são um elemento-chave da qualidade e efetividade de uma rede e de sua capacitação. “As redes bem sucedidas requererão clareza nos mecanismos de tomada de decisões, na resolução de conflitos e mecanismos de suporte financeiro e de controle de gestão coerentes com seus objetivos” (OPAS, 2004, p. 78). De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), os Sistemas de Informações em Saúde possuem relação direta com as políticas de saúde, haja visto que

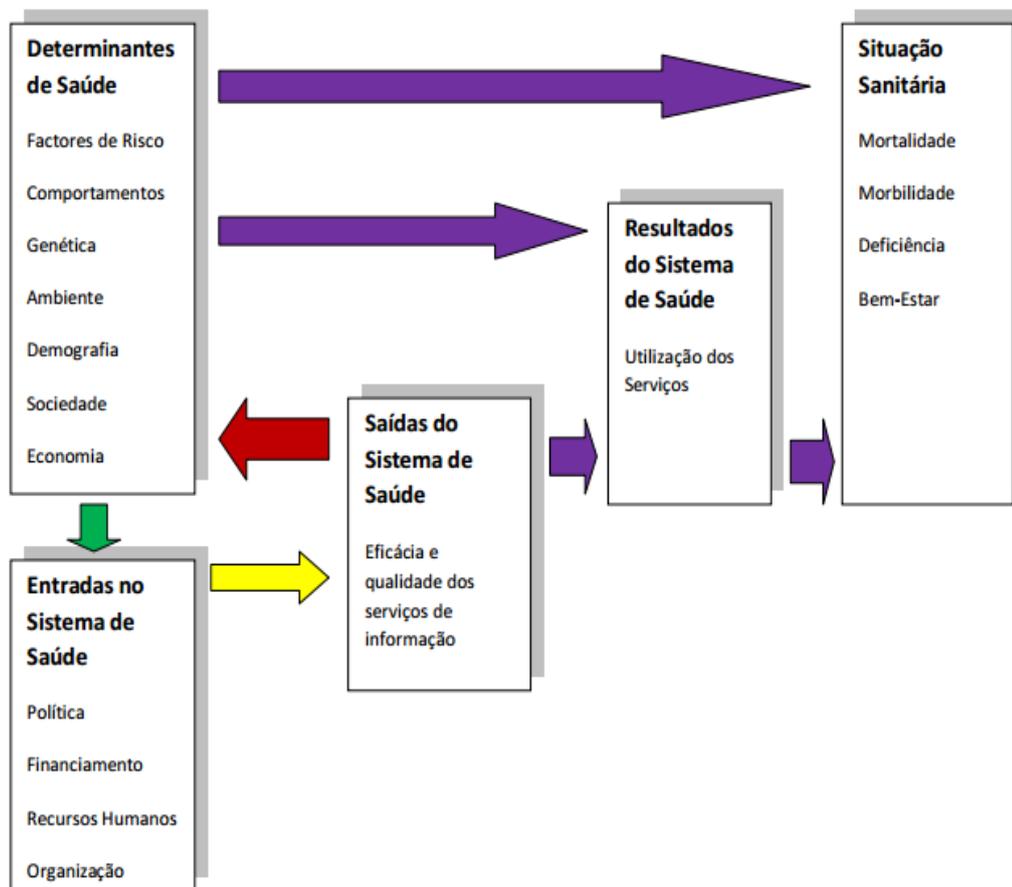
[...] quando se concebem e utilizam de maneira adequada, os sistemas de informações em saúde têm o potencial de produzir valiosa informação clínica e administrativa orientada a gestão para o funcionamento de serviços, programas e para a atenção do paciente (OPAS, 1998, apud, SANTOS, 2001, p.1).

Para Coelho (2004, p. 8), os sistemas de informação em saúde ajudam na “definição de problemas e riscos para a saúde, com o propósito de avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da

população”. Desta forma, além de contribuir para a geração de conhecimento em saúde e podem propiciar maior compreensão acerca dos problemas no setor. A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 no seu artigo 15 define que cabem à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios a organização e coordenação do sistema de informação em saúde. Já o artigo 47 desta lei, resolve as primeiras disposições a respeito da descentralização dos SIS, pois indica a articulação entre os três níveis de governo para a organização dos mesmos de forma integrada em todo o território nacional, compreendendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços (BRASIL, 1990).

Os SIS são compostos por um conjunto de partes que coletam, processam, analisam e transmitem os dados em saúde, para que estes se transformem em uma informação com a qualidade necessária para a tomada de decisões e procurem atuar de forma articulada com os outros componentes dos SIS (e.g. os recursos humanos, materiais e equipamentos) (CAMARGO JR et al., 2007; FERREIRA, 2005; GRIBEL et al., 2005). Os dados que compõem um SI são diversificados e compreendem desde o tipo de serviço clínico prestado, indicadores demográficos, sanitários e socioeconômicos. Segundo a OMS estas informações podem ser classificadas como: Determinantes de Saúde, Entradas no Sistema de Saúde, Saídas do Sistema de Saúde, Resultados do Sistema de Saúde e Situação Sanitária (Figura 5).

Figura 4: Os cinco domínios da Informação de Saúde (OMS)



Fonte: (Almeida, 2012).

Mota e Carvalho (2003, p. 625), “explicitam que a aplicação dos dados à construção de indicadores gera informações úteis que sintetizam um problema ou uma situação em saúde”. Nesse sentido, os indicadores de saúde provenientes dos SIS são ferramentas estratégicas para o diagnóstico da situação de saúde e na avaliação de intervenções epidemiológicas e na gestão de serviços e sistemas de saúde.

Camargo Jr et al. (2007) classificaram os bancos de dados gerados pelos SIS em três tipos: epidemiológicos; administrativos e clínicos. Os bancos de dados, apesar de serem grandes depósitos de reservas de conhecimento, se não padronizados no instante da coleta, terão a qualidade do que está registrado afetado, o que dificultará a tomada de decisão pelos gestores. O que se espera encontrar nestes bancos de dados são informações úteis, confiáveis e favoráveis à atuação devida no SUS (NORONHA, 2009; VIACAVA et al., 2006). Desse modo, torna-se necessário que a disseminação de informações esteja presente desde o início da elaboração dos SI, no processo de

definição do sistema e suas etapas de coleta, processamento, análise e transmissão da informação para a integração das diferentes bases de dados e compartilhamento das informações geradas (LIMA et al., 2009). Para a OPAS (2004, p. 328), existem muitas limitações no que se refere às informações e os sistemas de informação no âmbito hospital, a saber:

- A informação obtida de rotina é irrelevante para as tarefas habituais de pessoal, enquanto que o pessoal aporta dados primários a considera excessiva e existem problemas para ingressar dados.
- A informação produzida é de baixa qualidade por problemas relacionados com os recursos e a organização e a capacitação, o que resulta na baixa credibilidade da informação.
- Há duplicação e gastos desnecessários em sistemas paralelos de informação e há uma propensão a que se utilizem programas verticais não-integrados. No entanto, costuma faltar informação sobre o que não acessam serviços ou o setor privado.
- Carece-se de informes oportunos e de retroalimentação para os que provêm a informação, o que contribui ainda mais para que esta informação seja considerada irrelevante, especialmente aos gerentes e planejadores. Estes últimos não têm consciência da importância estratégica da informação.
- O uso da informação é pobre e, geralmente, é dirigida à preparação de informes estatísticos aos que a produzem.

A informação permite a criação e aplicação do conhecimento por meio de processos de compreensão e decisão (CHOO, 2003). Entretanto, qual o papel das informações e SIS no contexto atual do setor saúde? Os gestores em saúde compreendem a potencialidade/necessidade dos arquivos/sistemas de informações em saúde para auxiliar a gestão desses organismos? Como assegurar o valor estratégico da informação para a tomada de decisões na gestão dos hospitais e no contexto do SUS? Nota-se uma ausência de mecanismos de difusão no processamento e na disseminação das informações em saúde haja vista a quantidade e variedade de informações produzidas, acumuladas e disseminadas diariamente.

Este capítulo apresentou um panorama das informações e tecnologias de informação em saúde associando-as à geração de conhecimento no campo da saúde. Estes aspectos são fundamentais para a compreensão do objeto da pesquisa e análise empírica da pesquisa. O próximo capítulo apresenta de forma detalha a metodologia proposta para o desenvolvimento da pesquisa, incluindo a descrição das etapas para a realização, tratamento e análise dos dados.

CAPÍTULO 4 METODOLOGIA

Neste capítulo, apresentamos o percurso metodológico definido para a pesquisa, através da descrição dos procedimentos utilizados para o levantamento dos dados e informações encontrados em campo, da revisão da literatura e o *corpus* de abrangência do estudo.

4.1 Metodologia da pesquisa: contextualização e aspectos fundamentais da pesquisa de campo

A definição da metodologia da pesquisa representa uma das etapas mais importantes da investigação científica e pressupõe uma explicação detalhada de todo o percurso definido para a realização da pesquisa. Bourdieu (2004, p. 23), afirma que “a ciência é reforçada toda a vez que se reforça a crítica científica”. A pesquisa iniciou-se

por meio de uma revisão bibliográfica acerca do objeto da pesquisa – as Informações e Tecnologias da Informação em Saúde - inseridos no contexto epistemológico da Ciência da Informação.

Com o objetivo de analisar os aspectos relacionados às Informações e as Tecnologias de Informação em Saúde e, especificadamente, a PNIIS e o PlaDITIS foi definido dois modos distintos de abordagem aos sujeitos da pesquisa de campo a partir dos instrumentos de pesquisa e a definição dos setores selecionados nos hospitais. Cabe ressaltar, todos os instrumentos utilizados e estratégia da pesquisa foram definidos pelos membros integrantes do GEPICC (e.g. amostra não-probalística, questionário estruturado em núcleos de sentido, roteiro semi-estruturado das entrevistas, definição dos setores a serem aplicados os instrumentos e ordem de aplicação desses instrumentos).

A fase exploratória da pesquisa buscou atingir os seguintes pontos:

- a) Compreender os conceitos abordados;
- b) Correlacionar os aportes teóricos da Ciência da Informação à área de Saúde e definir as categorias operacionais de análise do objeto empírico.

Para que essa fase fosse realizada foram utilizadas as seguintes palavras-chave como estratégia de busca das referências encontradas: Informação em Saúde, Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, Sistemas de Informações em Saúde, Sistema Único de Saúde e Fontes e Mecanismo de Transferência de informação. Como fontes de pesquisa foram consideradas alguns documentos (e.g. PNIIS, legislação, políticas de saúde), artigos científico, livros e teses como intuito de compreender o objeto da pesquisa. A seguir são explanados como foi delineada a amostra da pesquisa e os sujeitos.

4.2 Delineamento da pesquisa de campo

Tendo em vista os objetivos do estudo, optou-se pela a realização de uma pesquisa exploratória e descritiva – por meio de uma revisão sistemática da literatura acerca do objeto de estudo - na qual se utilizou a abordagem metodológica de métodos

mistos - primeira fase quantitativa e posteriormente qualitativa. A pesquisa exploratória tem como intuito

[...] alargar a perspectiva de análise, travar conhecimento com o pensamento de autores cujas investigações e reflexões podem inspirar as do investigador, revelar facetas do problema nas quais não teria certamente pensado por si próprio e, por fim, optar por uma problemática apropriada (QUIVY; CAMPENHOUDT, 2008, p. 109).

Esse percurso metodológico foi escolhido visto que ao integrar o método quantitativo e qualitativo têm-se um efeito estratégico para melhor compreensão da problemática da pesquisa bem como a validação dos achados por meio dos instrumentos utilizados. A pesquisa qualitativa é aquela capaz de incorporar significado e intencionalidade aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas consideradas construções humanas significativas ao descrever o contexto em que o estudo se realiza (BARDIN, 2009). Já na pesquisa quantitativa, após a definição das variáveis a serem tratadas, busca-se uma medida precisa dos resultados quantificáveis da pesquisa. Assim, justifica-se a utilização deste método de pesquisa, a partir da percepção dos sujeitos, seus discursos, suas expressões e ainda os processos relacionados.

Nesta dissertação, buscou-se por meio da pesquisa quali-quantitativa analisar a Informação e as Tecnologias de Informação em Saúde como fontes e mecanismos de transferência de conhecimento para a gestão do SUS. As informações em saúde e as relações de poder existentes em consonância com a estratégia de desenvolvimento da PNIIS e PLaDITS não compreendem algo estático, pelo contrário, estão em constante movimento e integrado entre os diferentes sujeitos: cidadão, profissional e gestor de saúde, com as estruturas políticas e econômicas que contribuem para a universalização do acesso aos serviços de saúde no país.

4.3 Objeto empírico e caracterização da amostra da pesquisa de campo

Dada complexidade da pesquisa, tanto em termos das variáveis envolvidas e o debate em torno dos sistemas de informações em saúde, quanto aos conceitos da

Ciência da Informação e da área da saúde torna-se necessário à definição de uma estratégia metodológica contundente para sua validação. Nesta pesquisa a variável Informação e Tecnologias de Informação em saúde dependem das fontes e mecanismos de transferências de conhecimento para a gestão do SUS. Por conseguinte, compreende-se que as fontes e mecanismos de transferência de conhecimento, a exemplo os SIS, são estruturadas em função das informações que são produzidas, acumuladas e disseminadas nos hospitais e conseqüente servem de suporte para as deliberações dos gestores e do MS na elaboração de políticas de saúde.

A definição da amostra é uma das partes mais importante para a estruturação de pesquisa. A escolha da Rede InovarH-BA deu-se sobretudo pela sua importância junto aos hospitais do Estado da Bahia, às Secretárias Estadual e Municipais da Saúde do Estado da Bahia na promoção de ações através do funcionamento em rede estratégicas como os hospitais, organizações e instituições públicas (e.g SESAB, MS, OPAS, UFBA) e sociedade civil organizada para a promoção da aprendizagem e inovação organizacional (REBRATS, 2016).

A Rede InovarH-BA foi criada em março de 2006, pela portaria do Ministério da Saúde nº 1733 de 28 de julho de 2006, e tem apoio da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS),

“com o intuito de fomentar a comunicação e a difusão de inovações entre organizações prestadoras de serviços de saúde no Estado da Bahia, fortalecendo vínculos institucionais necessários à melhoria contínua da qualidade e adoção de boas práticas de Gestão [...] através do desenvolvimento e difusão de inovações e do funcionamento em rede” (REBRATS, 2016, p. 26).

Para a configuração da rede, as organizações interessadas assinam um Termo de Adesão, o qual contém os critérios para participação e são definidos os compromissos a serem assumidos pelas partes (REBRATS, 2016). Atualmente a rede conta com 39 hospitais com Termo de Adesão à Rede InovarH-BA⁵. Optou-se inicialmente por definir, para esta pesquisa uma amostra de no mínimo 20% do total dos hospitais integrantes à Rede InovarH-Ba. No entanto, o retorno esperado foi maior que o

⁵ Site: <http://www.inovarh.ufba.br/>

estipulado, perfazendo um total de 26 (67%) hospitais do total de hospitais com termo de adesão à Rede InovarH-BA na 1ª etapa da pesquisa. Na 2ª etapa da pesquisa foram definidos 17 hospitais desta amostra para a realização das entrevistas, no entanto para esta pesquisa serão apresentadas as informações coletadas em apenas 11 (64%)⁶ hospitais, devido ao prazo para a finalização do trabalho de conclusão do curso. Por conseguinte, pode-se considerar que esta amostra é representativa e, por conseguinte, fornece estimativas confiáveis no que tange à população do estudo.

4.4 Justificativa de escolha das técnicas de coleta de dados da pesquisa

Como a pesquisa possui caráter exploratório, optou-se pela definição de dois instrumentos em cada fase da pesquisa. A pesquisa utilizou o questionário na primeira fase. Entre os principais fatores que explicam esta escolha estão: disponibilidade de recursos e de pessoas para realizar uma pesquisa com uma amostra maior por entrevista (aproximadamente 104 indivíduos considerando os quatro setores - setor de arquivo, TI, administrativo e assistencial), curto espaço de tempo para realização da pesquisa (dois anos para completar a pesquisa, com a análise dos dados e divulgação dos resultados).

As informações levantadas nesta primeira etapa serviram de subsídio para a elaboração do roteiro semi estruturado da entrevista. Na segunda fase da pesquisa, com o intuito de aprofundar os dados coletados, foram realizadas entrevistas com uma amostra não-probabilística intencional em 11 hospitais que participaram da primeira fase da pesquisa que foram identificados, inicialmente, de forma aleatória como *H1*, *H2*, *H3*, *H4*, *H5*,... e *H11* com o intuito de atender aspectos éticos da pesquisa científica.

No caso desta segunda etapa da pesquisa, a definição da amostra baseou-se em: hospitais com termo de Adesão à Rede InovarH-BA, ao menos dois hospitais com termo de adesão localizado no interior do estado da Bahia, um responsável de cada setor de Tecnologia da Informação e Arquivo com o intuito de que a amostra abrangesse uma maior diversidade de hospitais possíveis.

⁶ A realização das entrevistas restantes ainda está em curso pelos demais componentes do GEPICC.

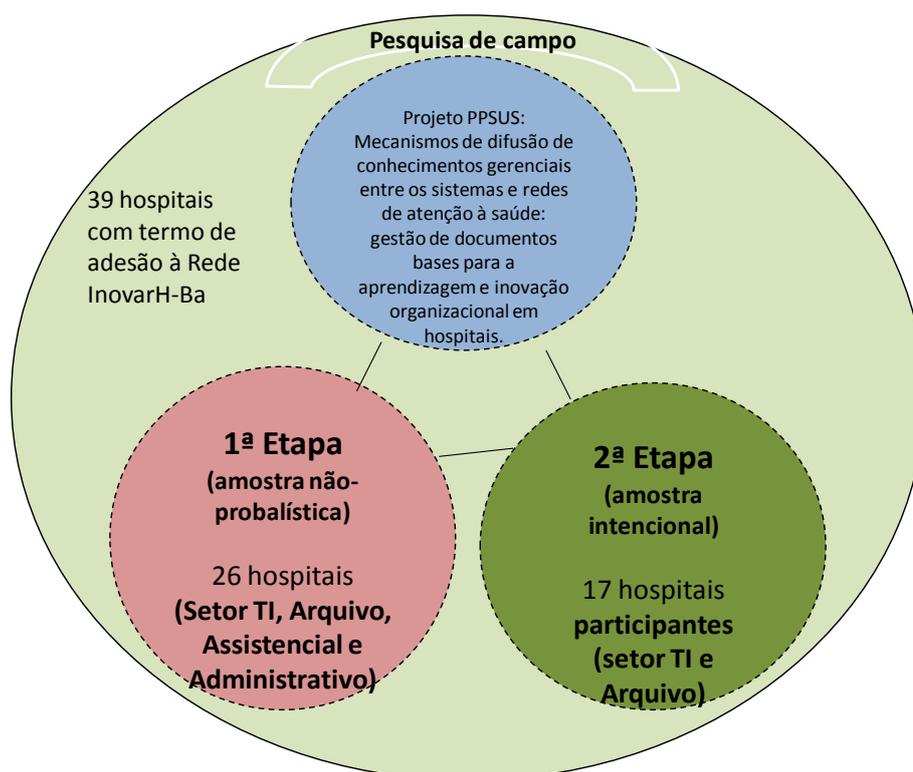
Nesta etapa elaborou-se um roteiro semi-estruturado da entrevista (**Anexo 1**), contendo 13 perguntas sobre os mecanismos e estruturas de transferência de informações gerenciais em hospitais da Rede InovarH-Ba, os quais são inseridos nos sistemas e nas redes de atenção à saúde do SUS. Após a identificação dos sujeitos, foi realizado o contato para o agendamento das entrevistas.

Entre abril e setembro de 2016, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Anexo 2**), foram realizadas entrevistas individuais gravadas em meio digital no local de trabalho dos participantes. Assim, para o cumprimento dos objetivos propostos pela pesquisa, foram as seguintes etapas para a realização da dissertação:

Etapa 1: Fase descritiva - questionário elaborado pelo GEPICC - Revisão bibliográfica acerca da temática da pesquisa, elaboração do questionário, definição do público-alvo (setor hospitalar), a seleção das perguntas do Grupo I e II para o tratamento e análise dos dados.

Etapa 2: Fase qualitativa – roteiro semi estruturado da entrevista elaborado pelo GEPICC – Elaboração do roteiro semi estruturado das entrevistas, definição do público-alvo (setor hospitalar), seleção dos hospitais e entrevistadores, tratamento e análise de conteúdo das informações geradas (Figura 5):

Figura 5: Etapas da pesquisa de campo – PPSUS



Fonte: Elaboração própria.

4.5 Procedimentos de coleta dos dados e instrumentos da pesquisa

Após o estudo bibliográfico inicial e, uma vez definido o objetivo da pesquisa, metodologia e técnicas de coleta de dados, foi elaborado o questionário pelo grupo PSSUS (**Anexo 3**) dividido em cinco grupos: os grupos numerados de I a V são referente à pesquisa mais ampla do PSSUS. A pesquisa referente a este mestrado compreendeu apenas o Grupo II (composto por 5 questões) e foram selecionadas do Grupo I apenas 2 questões. Quanto à escolha das questões compreendidas no Grupo II, esclarece-se que as mesmas justificam-se pela relação direta com a temática da pesquisa e ao entendimento de que essas contemplam o arcabouço teórico definido pela pesquisadora. Ressalta-se que os demais grupos de perguntas são fontes para a construção de outras pesquisas por diversos pesquisadores inseridos no GEPICC, de acordo com sua temática de estudo.

No Grupo II, as questões compreendem as ferramentas de produção, de circulação, de compartilhamento e de acesso às informações usadas nos hospitais; as práticas de gestão, como os hospitais organizam, armazenam e recuperam os documentos gerados, quais as principais fontes de informações e conhecimentos.

“Construir um questionário consiste basicamente em traduzir os objetivos da pesquisa em questões específicas. As respostas a essas questões é que irão proporcionar os dados requeridos para testar as hipóteses ou esclarecer o problema da pesquisa” (GIL, 1999, p. 129). Na elaboração do questionário, priorizou-se o uso de perguntas fechadas, múltipla escolha devido a sua fácil tabulação e boa quantidade de informações geradas. O questionário, dividido em 5 grupos, permitiu levantar as informações sobre o uso de mecanismos e estruturas de transferências de informações geradas nesses hospitais.

A primeira parte incluiu 25 questões relativas à gestão de documento e sistemas de arquivos na qual dever-se-ia indicar um número, em uma escala de 0 a 5 (onde 0 significava “desconheço”, 1 significava “discordo totalmente”; 2 significava “discordo mais que concordo”; 3 significava “não discordo, nem concordo”; 4 significava “concordo mais que discordo”; e 5 significava “concordo totalmente”).

A segunda parte continham 05 (cinco) questões relativas à produção, circulação, compartilhamento e acesso a informação; as práticas de gestão; como os hospitais armazenam e recuperam os documentos produzidos e recebidos; fontes informações e conhecimentos; e competência em relação às informações produzidas, acumuladas e recebidas por este hospital.

A terceira parte contemplava 02 (duas) questões acerca dos procedimentos e opinião dos respondentes sobre a organização dos documentos produzidos, acumulados e recebidos no setor/área hospitalar no qual estava inserido. Na quarta parte apresentava questões sobre a contribuição dos documentos gerados no desenvolvimento/compartilhamento dos procedimentos de trabalho. E, por último – quinta parte na qual continha informações sobre o respondente.

Quadro 1: Grupos do Questionário e Categorias Operacionais

Grupos Questionário		CATEGORIAS OPERACIONAIS		NÚCLEOS DE SENTIDO	
1	Gestão de documentos e Sistemas de Arquivos	1.1	Aprendizagem e Inovação	1.1.1	Gestão Organizacional
				1.1.2	Competências Infocomunicacionais
		1.2	Políticas e Legislação	1.2.1	Políticas de Arquivos
				1.2.2	Políticas de Informação
		1.3	Gestão de Documentos	1.3.1	Função de Classificação
				1.3.2	Função de Avaliação
				1.3.3	Função de Preservação
				1.3.4	Função de Disseminação
				1.3.5	Função de Descrição

2	Mecanismos de Transferência de Informações	2.1	Ferramentas de produção, circulação, compartilhamento e acesso a informação		
		2.2	Práticas de Gestão Documental I		
		2.3	Práticas de Gestão Documental II (arquivos e sistemas de informação)		
		2.4	Fontes de Informação		
		2.5	Competências Infocomunicacionais		
3	Inovação em Gestão da informação arquivística	3.1	Atividade-Fim	3.1.1	Documentos Assistências
		3.2	Atividade-Meio	3.2.1	Documentos Administrativos
4	Tipologia Documental	4.1	Gestão de Documentos	4.1.1	Função de Identificação
5	Informações Demográficas	5.1	Dados e Informações dos respondentes		

*O grupo e as categorias operacionais em destaque no Quadro 1 referem-se às questões tratadas nesta dissertação que foram definidos pelo GEPICC.

Fonte: (Projeto de pesquisa “Mecanismos de difusão de conhecimentos gerenciais entre os sistemas e redes de atenção à saúde: gestão de documentos bases para a aprendizagem e inovação organizacional em hospitais”, 2014).

A entrevista é dotada de ampla comunicação verbal e, no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais usada no trabalho de campo. Tal técnica pode ser considerada uma “conversa com finalidade”, como cita Minayo (2007, p.261), “a entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa”. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos sujeitos da pesquisa - agendada previamente – e os entrevistados foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa e os aspectos éticos.

No Quadro 2 apresenta-se a estrutura do roteiro semi-estruturado da entrevista em relação aos objetivos estabelecidos pela pesquisa. Optou-se por apresentar essa divisão em função dos tópicos discutidos para melhor compreendermos o contexto envolvido para o estabelecimento dos critérios no que se refere às perguntas do roteiro proposto. Observa-se que cada bloco de perguntas está diretamente relacionado aos objetos de estudo e compreendem e atendem ao escopo dessa pesquisa.

Quadro 2: Estrutura do roteiro semi-estruturado da entrevista

Tópico	Objetivo*	Questões
<p>Ferramentas e Práticas de Gestão</p> <p>Tecnologias da Informação (TI)</p> <p>Políticas e Legislação</p> <p>Aprendizagem e Inovação/Competências Infocomunicacionais</p>	<p>Conhecer as tecnologias avançadas de produção, de circulação e de acesso a informações gerenciais dos hospitais da Rede InovarH-BA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qual a sua compreensão sobre o papel da tecnologia da informação (TI), para a produção, o armazenamento e a recuperação das informações geradas e recebidas em razão das atividades deste hospital? • Que tipo de sistemas eletrônicos de informação são adotados no seu hospital? • Existe programa de qualificação frente às tecnologias de comunicação e informação neste hospital? • Existe políticas, diretrizes, resoluções, normas sobre o uso das TI no seu hospital? Em caso afirmativo, descreva com suas palavras sobre o que elas tratam.
<p>Gestão de documentos</p> <p>Tipos e os usos de fontes da informação</p>	<p>Identificar os tipos e os usos de fontes da informação dos hospitais da Rede InovarH-BA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Descreva como o hospital em que você trabalha produz, acumula e armazena as suas informações? • Qual a sua opinião sobre a padronização da informação no formato eletrônico nos serviços de saúde?
<p>Gestão de documentos e dos Sistemas de arquivos</p>	<p>Diagnosticar a gestão de documentos e dos sistemas de arquivos dos hospitais da Rede InovarH-BA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Na sua opinião, qual o papel do Setor/Serviço de Arquivos no seu hospital? • O que significa, para você, gestão de documentos? • Qual a sua compreensão sobre a finalidade dos documentos? • Na sua opinião, quais documentos são mais importantes? Os da área assistencial ou administrativa? Justifique.
<p>Políticas e Legislação</p> <p>Fontes de Informação</p>	<p>Compreender os mecanismos de acessibilidade e de disponibilidade das informações geradas e recebidas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existe políticas, diretrizes, resoluções, normas sobre o uso de documentos no seu hospital? Em caso

Arquivos e Sistemas	dos hospitais da Rede InovarH-BA	afirmativo, descreva sobre o que elas tratam. <ul style="list-style-type: none"> • Como este hospital se articula com o DATASUS? • Como este hospital alimenta os seus sistemas de informação?
---------------------	----------------------------------	---

Fonte: A autora fundamentada em Cunha (2014). *Os objetivos apresentados acima são oriundos do Projeto PPSUS.

A aplicação dos instrumentos escolhidos para o levantamento das informações tratadas nessa pesquisa foi feita em períodos diferentes. A coleta de dados da pesquisa ocorreu entre Junho/2014 à Junho/2015 (primeira etapa) e abril/2016 à Setembro/2016 (segunda etapa); mediante aplicação de 2 (dois) instrumentos, a saber: questionário e roteiro de entrevista semi-estruturado, respectivamente.

4.6 Técnicas e análise das informações levantadas em campo

A análise de dados é o processo pelo qual os dados brutos dão origem a interpretações baseadas em evidências. A seguir, apresentam-se as estratégias de análise em cada fase da pesquisa.

a. Quanto aos questionários - primeira fase

Para efeito de análise, após o preenchimento e recolhimento dos 96 questionários aplicados juntos aos gestores responsáveis pelos setores de Arquivo, TI, Administrativo e Assistencial, os dados foram introduzidos numa base de dados através do programa Sphinx-Lexica utilizando-se das ferramentas estatísticas análise de dados existentes.

Os dados foram avaliados por meio de estatística descritiva e a análise seguiu três etapas, a saber: inicialmente, fez-se uma análise geral da amostra para identificar as principais questões, em um segundo momento, analisou-se a distribuição geral da frequência (%) de cada item do questionário. Em uma terceira etapa, as respostas foram analisadas de acordo com os aportes conceituais (i.e. teórico e documental) existentes

desenvolvidos acerca do tema. A partir dessa análise quantitativa buscou-se compreender o objeto e os sujeitos da pesquisa além de identificar as lacunas e fatores que contribuem para a subutilização dos SIS a fim de atender o objetivo da pesquisa.

b. Quanto às entrevistas - segunda fase

A utilização da entrevista permite analisar os sentidos que os sujeitos dão às suas práticas e as leituras que fazem das suas próprias experiências - e também contribui para a reconstituição de acontecimentos do passado. As principais vantagens deste método estão relacionadas com a compreensão em profundidade dos elementos referentes à linguagem (mensagem) e as categorias mentais dos sujeitos (recepção) (BARDIN, 1991).

A análise de conteúdo é considerada um dos métodos de análise de dados das entrevistas, em Ciências Sociais. Bardin (1991, p. 42) define a análise de conteúdo como [...] “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não)”. Minayo (2007, p.179) salienta que as categorias operacionais “são construídas com a finalidade de aproximação ao objeto de pesquisa (na sua fase empírica), devendo ser apropriadas ou construídas de permitir a observação e o trabalho de campo”.

Nesta pesquisa, a utilização da análise de conteúdo proposta por Bardin possibilitou não apenas a compreensão dos pressupostos estabelecidos, mas ir além destes, na correlação com os fundamentos epistemológicos do objeto pesquisado. A análise e a interpretação dos dados obtidos por meio das entrevistas foram realizadas de forma qualitativa, visto que se buscou compreender como as informações recebidas, acumuladas e armazenadas nestes hospitais alimentam os sistemas de informações do SUS/DATASUS no sentido de gerar conhecimento para a gestão dos serviços de saúde segundo o que determina a PNIIS em consonância com as políticas de saúde no país.

De acordo com o Bardin (1991), o domínio da análise do discurso vai além do seu caráter linguístico, pois a linguagem, do qual é constituído, possui caráter

transformador. A linguagem é ação social e cultural, compreende a interação entre a esfera simbólica e o momento de produção do discurso que influencia e afere sentido a este. A palavra torna-se também ato social, uma vez que revela conflitos e estruturas de poder. “Ainda, ao mesmo tempo em que produz o discurso, o indivíduo reproduz representações e ideologias preexistentes, pois a apropriação do discurso é social, e não individual” (BRASIL, 2015, p. 30).

Segundo Bardin (1991), a análise de conteúdo é composta por três etapas:

- 1) **Pré-análise:** fase que consiste na leitura flutuante (definição do *corpus*), organização/formulação das hipóteses, objetivos e indicadores. Nesta etapa, o objetivo principal é a compreensão da mensagem do conteúdo a ser pesquisado, ultrapassar a incerteza. É importante considerar as regras em relação à exaustividade, representativa, homogeneidade, pertinência para o tratamento adequado das informações levantadas e permitir a categorização inicial do texto explorado;
- 2) **Exploração do material:** fase na qual são realizados o recorte, enumeração, classificação e agregação do conteúdo. Nesta etapa, a categorização é importante para facilitar a compreensão do(s) objetivos propostos e aplicação das categorias de análise estabelecidas de acordo com o aporte teórico definido pelo pesquisador;
- 3) **Tratamento de dados e interpretação:** nesta etapa é observada cada categoria de análise com sua unidade de registro e contexto, para o tratamento e interpretação do conteúdo.

Nessa pesquisa, a definição dos Núcleos de Sentido (NS) levou em consideração os aportes teóricos da pesquisa, as diretrizes propostas pela PNIIS e PlaDITIS e os objetivos que norteiam o estudo com intuito de compreender o objeto da pesquisa. Com base nas categorias definidas, em seguida fez-se a seleção das unidades de registro com suas respectivas unidades de contexto e, em seguida, realizou-se uma revisão e contagem da frequência das unidades de registro encontradas. A matriz de análise do conteúdo foi composta por:

- categorias operacionais de análise;

- núcleos de sentido que especificavam cada categoria ampla e sintetizam os objetivos específicos da pesquisa;
- discursos relacionados aos trechos retirados dos entrevistados e compreensão das subcategorias de análise.

A análise de conteúdo permitiu sistematizar a percepção geral dos entrevistados acerca das fontes e mecanismos de transferência de conhecimento para a gestão do SUS. Deste modo, as perguntas formuladas no roteiro semi-estruturado permitiram verificar se as fontes e os mecanismos de transferências de informações dos hospitais contribuem para a construção de uma consciência sanitária coletiva por meio da estruturação da política de informação e informática.

4.7 Aspectos Éticos e Limitações da pesquisa

“Em qualquer trabalho de investigação no campo das ciências sociais e humanas, as preocupações de natureza ética devem ser consideradas cuidadosamente, uma vez que tem como objeto o comportamento de seres humanos” (TUCKMAN, 2000, p.19).

Deste modo, levando-se em consideração os aspectos éticos e a preocupação pelo bem estar dos participantes, a pesquisa, como parte integrante do projeto “*Mecanismos de difusão de conhecimentos gerenciais entre os sistemas e redes de atenção à saúde: gestão de documentos bases para a aprendizagem e inovação organizacional em hospitais*”, foi analisada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), obtendo aprovação, por estar de acordo com as normas éticas, parecer nº 1.374.841/2015 (**Anexo 2**). Cabe salientar que os resultados da pesquisa não serão usados para outros fins que não sejam científicos e os nomes citados nessa dissertação são meramente fictícios, a fim de se preservar o anonimato dos sujeitos.

Como toda pesquisa esta também tem limitações; sabe-se que as perguntas fechadas que configuram o questionário norteiam e, de certa forma, condicionam as

respostas obtidas sobre o objeto investigado. Como já referimos, optou-se por uma metodologia mista para o presente estudo, o que nos permitiu contornar as limitações de cada um dos métodos através da sua conjugação. Sendo assim, os resultados apresentados são relevantes e compreende uma análise exploratória acerca do objeto e, desse modo, pode contribuir para um debate mais amplo sobre a disseminação das informações em saúde, o compartilhamento e sistematização dos inquéritos em saúde e disseminação da PNIIS.

Por fim, este capítulo teve como intuito apresentar o método e as técnicas escolhidas para a compreensão da problemática da pesquisa, levando em consideração os aportes teóricos escolhidos. No Capítulo 5 são apresentados os resultados obtidos a partir das informações levantadas por meio dos questionários e das entrevistas nos hospitais com termo de adesão à Rede InovarH-BA.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados aqui apresentados estão organizados em duas seções distintas, a primeira seção 5.1) refere-se à análise descritiva e discussão dos questionários, e a outra 5.2) refere-se aos resultados obtidos por meio das entrevistas. Buscou-se analisar se os mecanismos de transferências das informações geradas, recebidas e acumuladas nos hospitais convergem com as diretrizes da PNIIS e o PlaDITIS, para tanto são identificadas as fontes e os mecanismos de informações nos hospitais.

Nesse sentido, para melhor compreendermos os resultados que possibilitaram a fundamentação desta dissertação, uma caracterização da amostra é apresentada num primeiro momento para conhecermos o contexto atual e as características dos profissionais inseridos nos hospitais, o que é de fundamental importância para os resultados aqui apresentados. Na sequência são apresentados os resultados, detalhadamente.

5.1 Análise descritiva dos questionários

Nesta seção, apresenta-se a análise descritiva dos resultados obtidos por meio dos questionários conforme os objetivos da pesquisa. As informações levantadas por meio dos questionários visam atender aos objetivos específicos: identificar as fontes de informação utilizadas pelos hospitais e apontar se as fontes e os mecanismos de transferências de informações dos hospitais são bases para a difusão de conhecimento no SUS.

5.1. 1 Perfil da amostra

A primeira parte da pesquisa, que traçou o perfil dos indivíduos inseridos nos hospitais da amostra, mostrou uma predominância de sujeitos do sexo feminino (59,1%). De forma geral, verificou-se uma maior parcela de sujeitos entre 41 e 50 anos de idade (33,3%), entre 31 e 40 anos (30,1%) e, apenas, 9,7% com idade entre 26 e 30 anos. No que se refere ao nível de escolaridade, as respostas encontram-se diversificadas. Aproximadamente 17,2% afirmaram ter graduação completa, sendo o que mais chamou atenção foi o fato de quase a metade dos respondentes informarem que já realizaram algum tipo de especialização (49,5%). Por fim, observa-se que 12,9% possuem mestrado e apenas 8,8% segundo grau completo.

Na continuidade da caracterização da amostra, observa-se uma concentração maior de sujeitos no setor Administrativo/financeiro (36,2%), porém verifica-se uma distribuição assimétrica nos setores Assistencial/clínica e de Tecnologia da Informação (17%, respectivamente) e, 20,2% estão inseridos na área de Documentação/Arquivos. Cabe ressaltar que 10% dos respondentes não souberam/ou não responderam qual o setor que atuam, isto impacta diretamente no que diz respeito à gestão das informações nos hospitais. Ao analisarmos os dados relativos ao nível de assistência hospitalar destes hospitais, nota-se que 47,9% atuam em hospitais de Alta Complexidade, 45,8% Média Complexidade e 6,3% em hospitais de Baixa Complexidade. Por conseguinte, podemos inferir que os hospitais da amostra são unidades de saúde de Alta e Média Complexidade e, conseqüentemente, prestam serviços de assistência médica/hospitalar com equipamentos que envolvem muita tecnologia, estrutura e profissionais com alta qualificação.

Ressalta-se que, quando acessamos o site do cadastro nacional dos estabelecimento de saúde na qual cada unidade hospitalar está cadastrada em função do nível de complexidade, observa-se que existe um descompasso em relação ao tipo de informação fornecida pelos sujeitos. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES visa operacionalizar os SIS, sendo esta base de dados imprescindíveis para um gerenciamento eficaz e eficiente do SUS. A esse respeito, alguns questionamentos são inerentes e pertinentes no contexto da gestão do SUS: A falta de conhecimento acerca do nível de assistência em saúde prestada à população pode interferir na qualidade e prestação do serviço? Qual a justificativa para esses profissionais não conhecerem ou não darem a devida atenção à respeito do nível de complexidade hospitalar nos quais estão inseridos? Ressalta-se que esses profissionais, além dos pacientes, são os atores estratégicos para o funcionamento do sistema de saúde. No entanto, tais inferências podem contribuir para o desenvolvimento de pesquisas mais detalhadas acerca de tais aspectos. Numa tentativa de contribuir, nesse ponto, entende-se que uma ação estratégica, no que diz respeito à disseminação de informações e estratégias em relação à estrutura hierárquica e funções básicas do SUS, junto aos gestores, poderiam equacionar este problema.

O perfil dos respondentes remete-nos para a seguinte constatação: a maioria dos profissionais que atuam nesses setores é formada por profissionais das áreas da saúde e administração e, não possuem especialização na área em que atuam, principalmente no que tange aos profissionais do setor de arquivo. Salienta-se que este aspecto é aprofundado na seção que trata das informações levantadas por meio das entrevistas. Não foi verificado um percentual significativo de profissionais com formação para a gestão da informação na área da saúde (e. g. arquivistas, profissional da informação). Pode-se inferir que cursos sobre a gestão da informação no setor da saúde ainda não foram difundidos ou não são conhecidos de forma satisfatoriamente pelos profissionais da saúde. Outro ponto a ser destacado refere-se à correlação entre idade e o nível de qualificação, quanto menor a faixa etária maior o nível de qualificação e preocupação em buscar algum tipo de especialização para atuação no setor. Esses resultados são discutidos detalhadamente na Seção 5.2, que trata sobre a análise das entrevistas e permitiram aprofundar tais aspectos apontados.

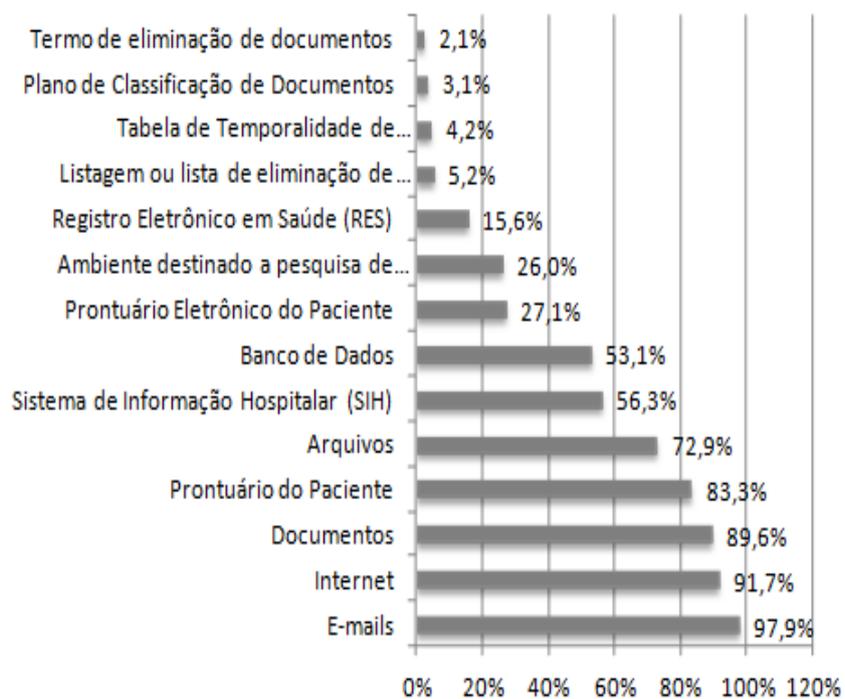
Concluída a apresentação da caracterização da amostra da pesquisa, na próxima seção são apresentados os resultados e discussão dos questionários aplicados junto aos setores de TI, Administrativo, Arquivo e Assistencial dos 26 hospitais da amostra.

5.1.2 Apresentação dos resultados dos questionários da pesquisa

Nesta seção são apresentados os resultados e discussão referente às respostas do Grupo II - categoria operacional intitulada de ‘Mecanismos de Transferência de Informações’ e duas assertivas do Grupo I do questionário. As categorias estabelecidas em cada uma das questões de múltipla escolha estão relacionadas a Arquivos e Sistemas de Informação; Práticas de Gestão; Ferramentas de produção, circulação, compartilhamento e acesso à informação, Fontes de Informação, PNIIS e PlaDITIS.

Das ferramentas de produção, circulação, compartilhamento e acesso à informação mais utilizadas destacam-se principalmente as informações como Internet, Intranet e e-mails. É expressiva a utilização de ferramentas, tais como: e-mails (97,9%); internet (91,7%); documentos (89,6%); Prontuário do Paciente (83,3%); Arquivos (72,9%) (Gráfico 1). Tais ferramentas são consideradas como tecnologias e propiciam a difusão do conhecimento no setor da saúde. No entanto, ao analisarmos, os bancos de dados (53,1%) e os Sistemas de Informação Hospitalar (56,1%), podemos inferir que estes ainda não são totalmente utilizados para a geração de conhecimento desde a entrada e saída do paciente na unidade hospitalar. Isso acontece, principalmente pela falta de compreensão dos gestores da função estratégica da informação hospitalar, além da geração de indicadores internos e prestação de contas junto as instancias do MS.

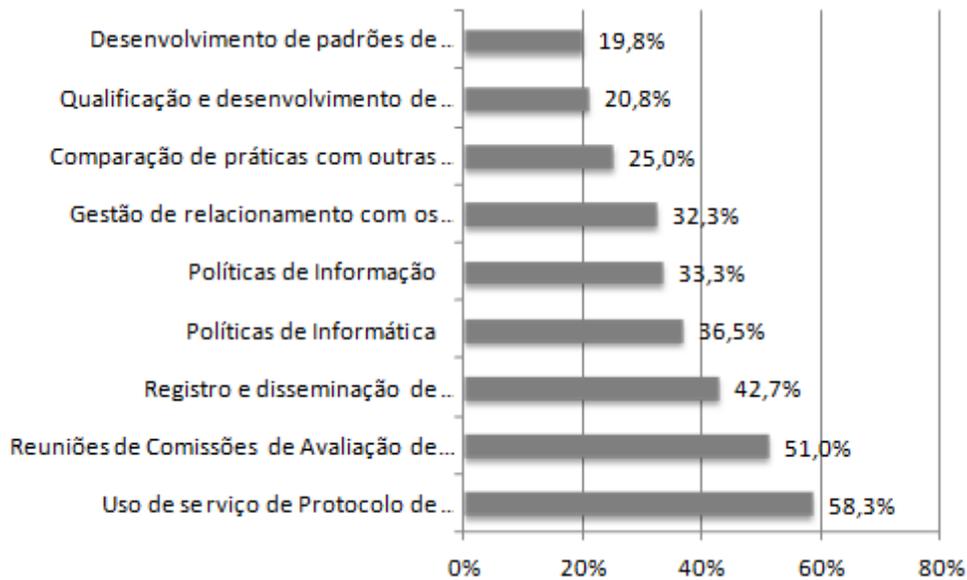
Gráfico 1: Ferramentas de produção, de circulação, de compartilhamento e de acesso à informações usadas nos hospitais com termo de adesão a Rede InovarH-Ba



Fonte: Pesquisa de Levantamento.

As práticas de gestão de documentos são importantes para auxiliar no fluxo das rotinas administrativas e na tomada decisão por parte dos gestores. Por outro lado, as respostas apontam que poucos agentes destes organismos produtores conhecem essas práticas, a exemplo: Políticas de Informática (36,5%); Políticas de Informação (33,3%); Gestão de relacionamento com os usuários por meio do setor de arquivos (32,3%); Comparação de práticas com outras organizações hospitalares (Benchmarking) sobre sistemas eletrônicos de documentos arquivísticos (25,0%); e, Desenvolvimento de Padrões de descrição dos documentos entre os colaboradores (19,8%). (Gráfico 2).

Gráfico 2: Principais práticas de gestão utilizadas pelos hospitais



Fonte: Pesquisa de levantamento.

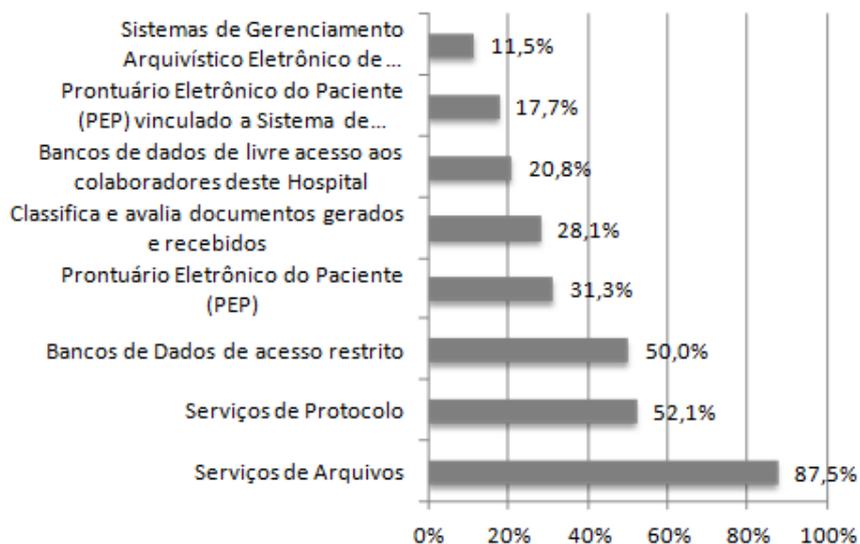
A partir dos resultados da pesquisa, nota-se que as Políticas de Informática e Informação subsidiam diretamente apenas 33% dos gestores hospitalares e, por conseguinte, pouco contribuem para a transferência e disseminação das informações pelos colaboradores destas unidades prestadoras de serviços de saúde. Nota-se que esses hospitais ainda não conhecem a importância que os saberes e práticas que compõem as ITIS podem proporcionar ao setor da saúde. Nesse sentido, a tecnologia da informação enquanto fator de busca e recuperação das informações pode assegurar ao cidadão o direito e o acesso às informações e fornecer informações ao MS para a produção de inquéritos de doença-saúde e, por conseguinte, propiciar a eficácia do atendimento em saúde.

Em contraponto, o registro e disseminação das informações produzidas, armazenadas e recebidas nos hospitais representam 42,7%, evidencia-se assim a necessidade de ações estratégicas nos hospitais quanto à necessidade da prática de gestão dos documentos. Os hospitais públicos são uma fonte de informações de suma importância para o melhor funcionamento do sistema de saúde, pois o registro e disseminação dessas informações geradas nesses organismos fazem parte da memória da saúde no país. Nos últimos anos, têm se verificado um aumento no nível de investimento em TIC nos hospitais públicos, contudo, esses investimentos ainda não foram suficientes para atenderem às demandas dos sistemas de informação e capacitação dos profissionais do setor.

Quando analisamos como os hospitais organizam, armazenam, recuperam e disseminam as informações produzidas e recebidas, obteve-se os seguintes resultados: 87,5 % para os Serviços de Arquivos, 52,1% para os Serviços de Protocolos, 50,0% para os Bancos de Dados de acesso restrito. Tais percentuais configuram práticas relacionadas aos arquivos/repositórios e sistemas de informação. Entretanto, ao que parece, os resultados apontam que outros meios ainda não foram assimilados: Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) (31,3%), Bancos de Dados de livre Acesso aos Colaboradores deste Hospital (28,1%), PEP vinculado ao Sistema de Informação Hospitalar (SIH) (17,7%) (Gráfico 3).

Gráfico 3: Meios para organização, armazenamento e recuperação de documentos em saúde⁷

⁷ “A primeira fase da gestão documental inicia-se com a produção do documento de arquivo. Neste momento, são definidas normas para sua criação que vão desde as características físicas do suporte (material, tamanho, formato, espécie) até as formas de registro da informação. Essa intervenção visa não só à economia e à racionalização no uso dos recursos materiais, humanos e tecnológicos, mas também à preservação da integridade física e intelectual do documento e, conseqüentemente, ao acesso à



Fonte: Pesquisa de Levantamento.

De acordo com os resultados 87,5% dos documentos gerados nesses hospitais encontram-se armazenados em serviços de arquivos, o que pode ser justificados pela importância do arquivo para a guarda e gestão dos documentos. O serviço de arquivo é o local onde se armazena, conserva e recupera a informação. Desse modo, o arquivo é considerado como uma fonte de informação para os demais setores do hospital.

Os bancos de dados de acesso restrito são constituídos por informações de caráter sigiloso e necessita de autorização previa através de uma política interna, legislação ou resolução de acesso ao sistema. Cada setor na unidade hospitalar possui autorização de acordo com sua função e nível hierárquico e funciona como um arquivo eletrônico que armazena o conjunto de informações e/ou documentos gerados. Assim, a utilização desses bancos de dados pode facilitar o controle e a gestão das informações pelos gestores e permitir a definição de ações internas para a melhoria do fluxo de atendimento do hospital.

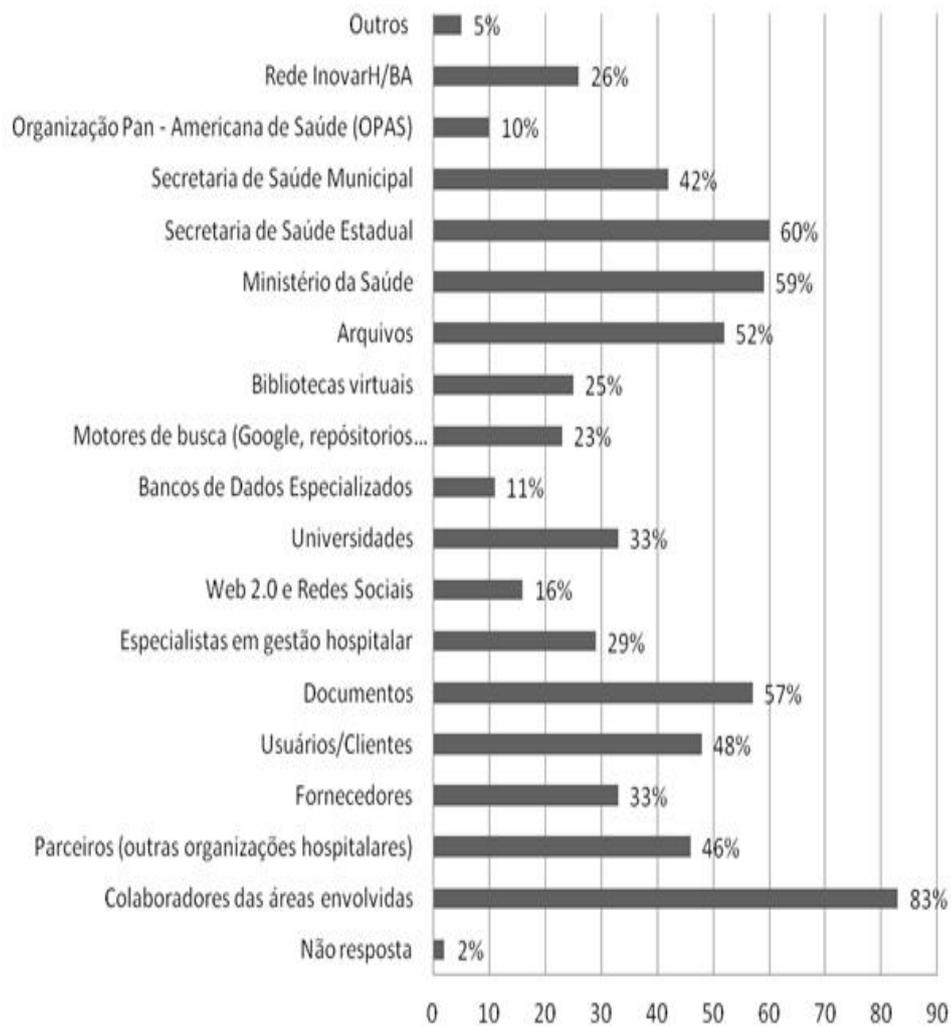
A informação em saúde, do ponto de vista sistêmico, flui independentemente da sua função clínica ou da demanda de usuários e gestores, nesse sentido, a fragmentação dessa informação dificilmente permitirá que esta seja recuperada, tratada e disseminada

informação nele registrada. Materiais e tecnologias são selecionados como os mais adequados a cada tipo de registro, segundo a linguagem utilizada (textual, sonoro, iconográfico/filmográfico), seu período de guarda (nas fases corrente e intermediária) e sua destinação final (eliminação ou guarda permanente) (Manual de Gestão, 2013, p. 11)”.

de forma eficiente. Atualmente em boa parte dos hospitais no âmbito do SUS, ainda existe o registro de documentos de forma manual, esse processo de levantamento e registro da informação consome o tempo dos diversos profissionais da área da saúde. Sabe-se que, muitas vezes, esta forma de coletar dados, num ambiente caracterizado pelo fluxo intenso de entrada e saída constante de usuários, pode provocar vieses na coleta desses dados e, conseqüentemente, gerar perdas importantes no processo de captação dessas informações. No que se refere à amostra da pesquisa, cabe ressaltar que alguns hospitais não possuem o prontuário eletrônico do paciente ou ainda estão em fase de implementação, isto certamente impacta nos resultados obtidos. Salienta-se que esta informação foi obtida por meio das entrevistas (segunda fase da pesquisa), mas achou-se prudente sinalizar essa informação haja vista sua importância nos resultados obtidos desta questão.

Outra questão analisada foram as principais fontes de ideias, informações e de conhecimento. As percentagens obtidas demonstram que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais representam a maior fonte de informação. Este resultado corrobora com o pensamento de Branco (2006) no que se refere à dimensão política da informação e seu papel como potencial produtora de conhecimento. Os arquivos (52%) e os documentos (57%) também são considerados como fonte de ideias, informações e conhecimentos dos hospitais (Gráfico 4).

Gráfico 4: Fontes de ideias, informações e conhecimentos dos hospitais



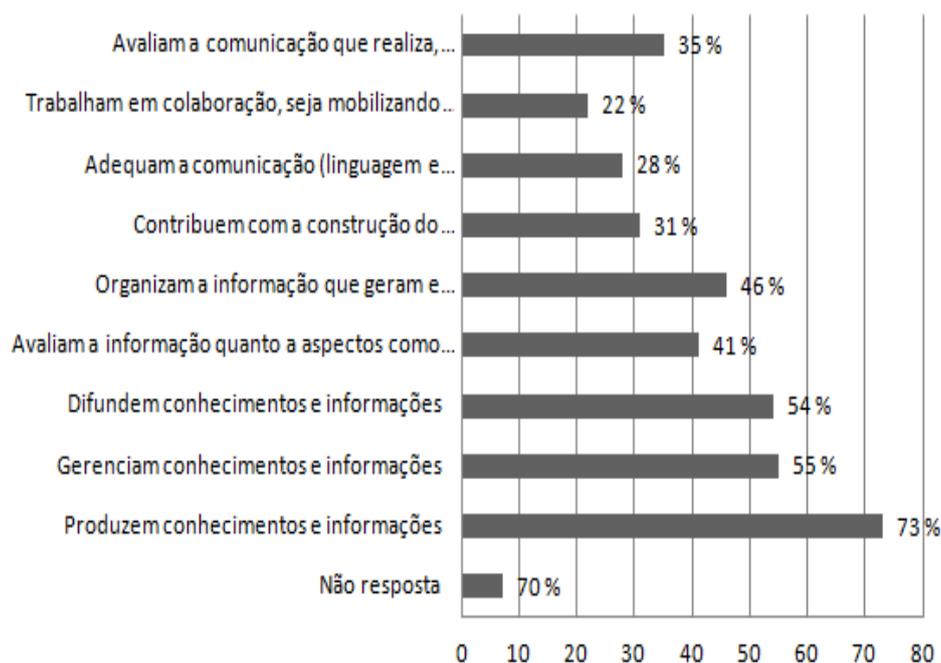
Fonte: Pesquisa de Levantamento.

O baixo percentual em relação à utilização da Web 2.0 em sua maioria está relacionada à facilidade de acesso e meio para a transferência das informações, visto que a “tecnologia digital permite a compactação de todos os tipos de mensagem inclusive som, imagens, e dados, capaz de comunicar todas as espécies de símbolos sem recorrer a centros de controle” (MARIZ, 2012, p.80). Nesse sentido, entende-se que os recursos para a transferência das informações na área da saúde (e.g Web 2.0, redes sociais) facilitam a comunicação entre as instituições de saúde, o compartilhamento de dados clínicos e transferência da informação de forma rápida e eficiente (MARIN, 2010).

Ao analisamos como os hospitais descrevem as competências dos colaboradores em relação às informações produzidas, acumuladas e recebidas, a maioria informou que

as competências dos profissionais que atuam na unidade hospitalar produzem conhecimento e informações (73 %), difundem conhecimentos e informações (54%), organizam as informações geradas e recebidas em função de suas atividades (46%) (Gráfico 5).

Gráfico 5: Competências dos colaboradores em relação às informações produzidas, acumuladas e recebidas



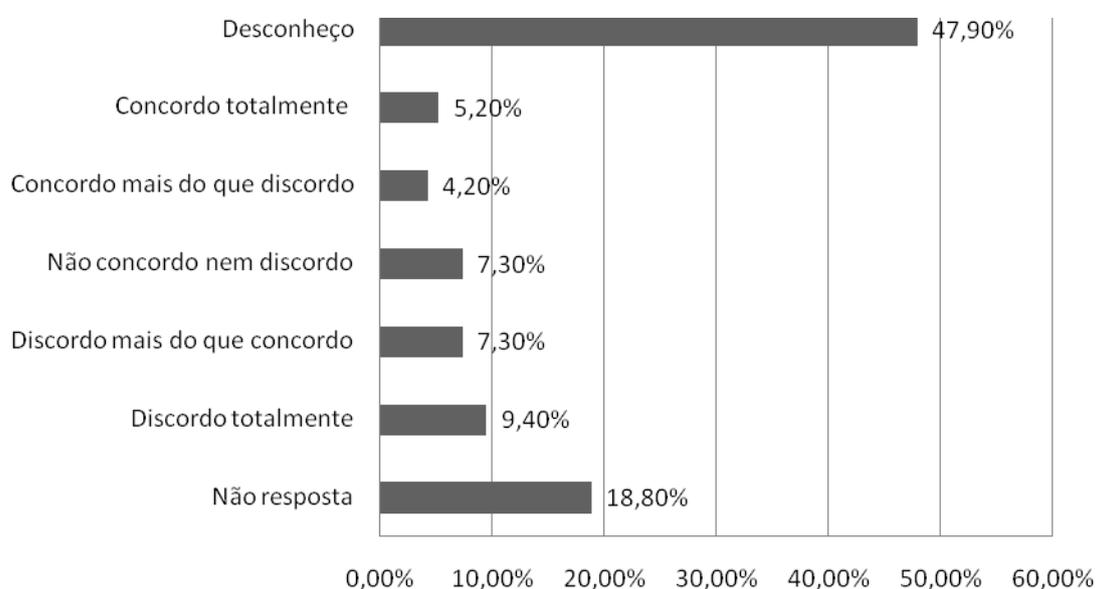
Fonte: Pesquisa de Levantamento.

Os indivíduos apresentam diferentes funções e formações de origem no âmbito dos hospitais e dominam diferentes competências profissionais (linguísticas, comunicacionais, terminologias de saúde, práticas e funções tais como: administrativas, arquivo/documentação, assistenciais e tecnológicas) para a execução das atividades de cada setor. Nota-se que existe uma diferença entre as organizações de saúde e outras organizações econômicas, em termos de implementação de tecnologias de informação e comunicação, principalmente através de sistemas de informação. Na verdade, dois tipos de tecnologias estão sendo fomentadas para a total informatização do sistema de cuidados em saúde: aquelas com o objetivo clínico e as com propósitos administrativos. O primeiro destina-se precisamente para intensificar o trabalho dos profissionais de

saúde por uma mudança em seu ritmo de trabalho, compartilhamento da informação, enquanto o segundo objetivo, automatizar algumas atividades administrativas (e.g. folha de pagamento, processos ou arquivos) para racionalizá-los.

Em contraponto, o funcionamento e o fluxo da unidade hospitalar dependem da organização sistêmica - entrada e saída do paciente; faz-se necessário que os profissionais compreendam a necessidade da coleta, registro e disseminação das informações produzidas, geradas e acumuladas desde a entrada do paciente no hospital até a saída. A disseminação das informações em saúde constitui-se um grande desafio para a descentralização e hierarquia do SUS. Foi questionado, ainda, se nestes hospitais foi disseminada a consulta pública sobre a PNIIS. Dos resultados, 66,7% optaram por não afirmar ou desconhecem sobre a disseminação da PNIIS. Somente 9,4% concordam totalmente ou parcialmente sobre a disseminação da PNIIS, ao passo que 16,7% discordam totalmente e outros 7,3% não concordam nem discordam (Gráfico 6).

Gráfico 6: Disseminação da consulta pública sobre a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) nos hospitais



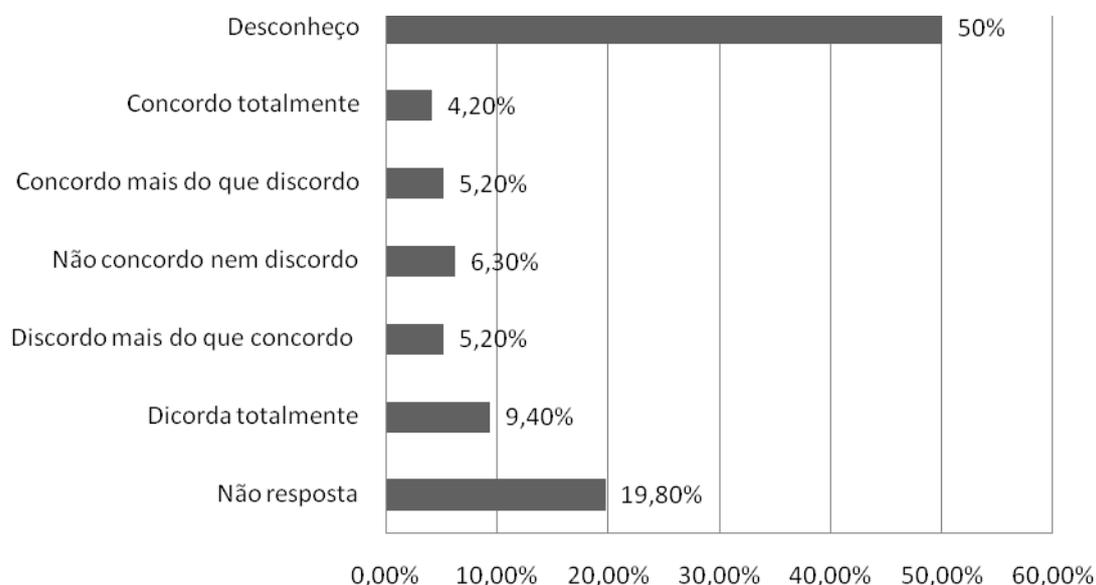
Fonte: Pesquisa de Levantamento.

Ao analisarmos tais resultados, verifica-se que existe contrassenso entre a disseminação da PNIIS entre os hospitais e a estratégia elaborada pela instancias

gestoras do SUS, ao passo que o desconhecimento pela maioria desses organismos compromete a tomada de decisão e a definição de políticas de saúde. A PNIIS tem como finalidade uma melhor governança no uso da informação em saúde e dos recursos de informática no SUS. O alcance da interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde será possível a partir da existência de padrões, dados fidedignos e que atendam o escopo principal dos SIS, para uma gestão integrada e capaz de gerar conhecimento (BRASIL, 2004). Deste modo, a promoção da democratização das informações em saúde deve ser garantida por meio de ações que garantam a sua confidencialidade, sigilo e privacidade dos dados.

Ao analisarmos a questão que trata sobre a consulta para a colaboração com o PlaDITIS, verifica-se que 69,8% não responderam ou afirmaram não conhecer sobre o PlaDITIS. Apenas 9,4 % concordam que colaboraram com o PlaDITIS, ao passo que 14,6% discordam (Gráfico 7). Este resultados apresentam de forma clara a realidade dos hospitais frente a ITIS.

Gráfico 7: Colaboração dos hospitais com o Plano de Desenvolvimento para a Informação e a Tecnologia da Informação em Saúde (PlaDITIS)



Fonte: Pesquisa de Levantamento.

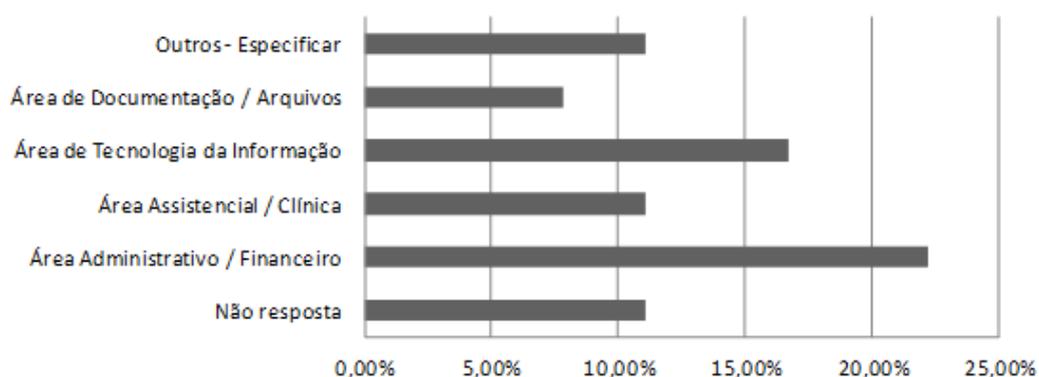
Pode-se inferir que a não colaboração na elaboração do PlaDITIS possui uma relação direta com a dificuldade de relacionar a informação e tecnologias (suporte) para

a disseminação das informações que são geradas, produzidas e acumuladas nos hospitais o que corrobora com a falta e precariedade das informações em saúde.

A informação e a tecnologia de informação estão associadas a práticas e saberes (gerados e desenvolvidos por meio de relações de poder e disputas de interesse) e o desenvolvimento dessas áreas requer uma maior integração e articulação desses agentes. Torna-se necessária a inserção das instâncias de representação da sociedade civil organizada, de entidades de ensino e pesquisa, do profissional da Ciência da Informação e Tecnologia, além de profissionais de saúde para dialogarem e definirem estratégias para a disseminação das informações em saúde para a gestão, promoção, prevenção e atenção no SUS.

De forma a tentar encontrar um paralelo entre a PNIIS e o setor de atuação geramos os resultados apresentados no Gráfico 8. Os resultados obtidos demonstraram pouca diferença, mas que são significativas para o contexto dos SIS e da disseminação das informações em saúde. O setor administrativo foi a área que destacou no que se refere à PNIIS (22,2%), os setores de tecnologia (16,7%) e assistencial (11,1%), arquivos/documentos (7,8%), respectivamente, apresentam os menores resultados. Na verdade, estes resultados reafirmam a existência de um descompasso entre o que preconiza a PNIIS e a realidade dos hospitais frente ao papel da informação na gestão do SUS. Assim, verifica-se que esses profissionais desconhecem o papel da informação e, a grande maioria, compreendem que os dados gerados em função do setor têm por finalidade apenas fins burocráticos (e.g prestação de contas, lançamentos, receita e despesa).

Gráfico 8: Disseminação da PNIIS nos setores hospitalares



Fonte: Pesquisa de Levantamento.

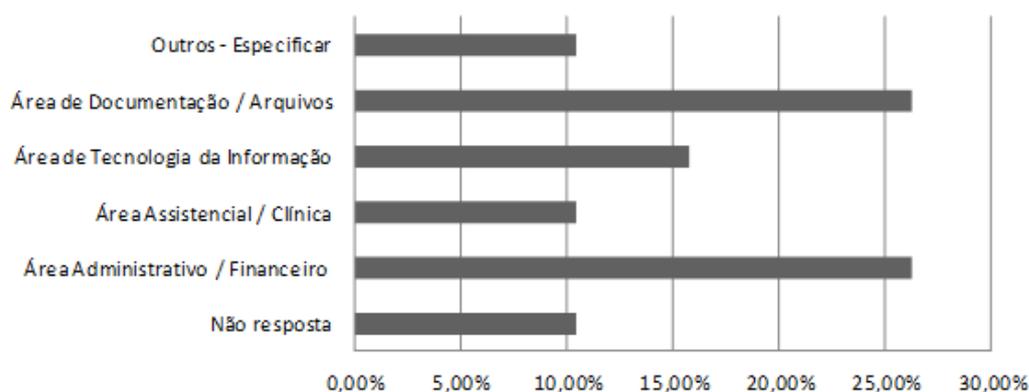
Na medida em que estes hospitais alimentam os sistemas apenas para fins administrativos e prestação de conta não há a efetivação do papel da informação como potencial geradora de conhecimento. O fortalecimento dos SIS consequentemente permitirá o melhor aproveitamento dos dados para a melhoria nas práticas e os conhecimentos no campo saúde, entretanto verifica-se que os hospitais ainda não compreendem a sua importância na prática de gestão. No entanto, isso será possível no momento em que os SIS sejam reconhecidos como fonte de conhecimento e suporte para o planejamento, o aperfeiçoamento e o atendimento aos pacientes e usuários do sistema.

A informação é essencial no processo de tomada de decisões. O conhecimento sobre a situação de saúde requer informações para o planejamento, a organização e a avaliação dos serviços de atenção à saúde. Os SIS constituem-se os meios fundamentais para construção do conhecimento em saúde, e, esses sistemas “devem estar integrados aos sistemas estaduais e nacionais de informação. Além disso, as informações só podem contribuir para o desenvolvimento da atenção à saúde se forem amplamente difundidas entre todos os profissionais e à população” (MOTA; CARVALHO, 2003, p 606).

Assim, para estabelecermos uma relação entre a informação e tecnologias de informação na área da saúde, elaboramos um gráfico comparativo entre as variáveis PlaDITIS e Setor de atuação. Observa-se que novamente os sujeitos que atuam na área administrativa destacaram-se (26,3%). Nesta questão, o setor de tecnologia da informação sinalizou que o hospital contribui com o PlaDITIS (15,8%), diferente da questão anterior. Assim, podemos inferir que estas áreas demonstraram maior

conhecimento em torno do PlaDITIS em relação à PNIIS. Cabe ressaltar que o foco principal da pesquisa não foi compreender diretamente quais os motivos desta maior relação com o plano diretor, mas esta correlação pode servir de subsídio para a elaboração de pesquisas futuras (Gráfico 9).

Gráfico 9: Colaboração com o Plano de Desenvolvimento para a Informação e a Tecnologia da Informação em Saúde (PlaDITIS) e os setores hospitalares



Fonte: Pesquisa de campo.

Os resultados apontam que os SI são vistos pelos profissionais da saúde meramente enquanto sistemas eletrônicos e desconhecem a importância desses sistemas para a disseminação das informações produzidas. Conforme observamos anteriormente, em relação a PNIIS, a existência de uma relação compulsória acerca da transferência dos dados junto aos SIS seria um dos fatores para justificar maior conhecimento por parte do setor administrativo.

Especificamente em relação aos SIS, quando foram criados no fim da década de 1980 e início da década de 1990, estes tinham como finalidade apenas o pagamento das internações e procedimentos ambulatoriais realizados, além de ações de controle e auditoria e no âmbito do SUS (CARVALHO, 2009). Nesse sentido, percebe-se que esses SIS não foram criados com o intuito de fornecerem informações para o apoio na tomada de decisão pelos gestores e/ou MS, entretanto, devido ao volume de informações geradas, viu-se a importância desses sistemas de informações. Em função disso, justifica-se, ainda, essa visão errônea de utilização dos SIS apenas com um forte viés de faturamento. Acredita-se que a definição de estratégias por parte do MS quanto

à disseminação da política de informação e informática nos hospitais poderia mudar essa realidade e contribuir para a melhoria do SUS.

A partir dos resultados apresentados, podemos salientar como relevante os seguintes aspectos:

- i. a não colaboração na elaboração do PLADITIS constitui um enfraquecimento da democracia, controle social e justiça cognitiva;
- ii. a Governança e Gestão da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde (ITIS) constituem um Bem Público, e a falta/precariedade de mecanismos de compartilhamento de informações confiáveis provoca a sobreposição de registros e de fluxos de informação que prejudicam a definição de políticas em saúde para subsidiar a gestão do SUS;
- iii. o SUS é carente de recursos humanos e de mecanismos gerenciais de disseminação das informações, o que compromete os SIS e o seu uso sistemático pelos gestores em saúde;
- iv. o desenvolvimento de competências dos colaboradores em relação às informações produzidas, acumuladas e produzidas para a produção e gestão do conhecimento, envolve um trabalho transdisciplinar, para a compreensão além do ciclo saúde-doença-cuidado.

Assim, indagamos: Como garantir um SNIS e a sustentabilidade do SUS mediante a incorporação de tecnologias em saúde? A resposta está na disseminação da PNIS e do PlaDITIS com o intuito de servirem de suporte para a gestão do SUS, definição de políticas em saúde e geração de conhecimento nesses organismos de saúde. Essas medidas atuam como estratégias para facilitar o compartilhamento das informações geradas, recebidas e acumuladas e, principalmente, para facilitar a gestão da informação.

5.2 Análise e discussão das entrevistas

O objetivo desta seção é apresentar e discutir os resultados das entrevistas realizados com os gestores responsáveis pelos setores de TI e Arquivos dos hospitais

investigados. Estes setores de atuação dos gestores foram definidos pelos membros do GEPICC por estes estarem mais próximos ao objeto de escopo da pesquisa. Por conseguinte, os resultados obtidos nesta pesquisa configuram-se como a representação da realidade dos hospitais da amostra e estudos complementares e de maior abrangência são importantes para traçar o perfil dos hospitais no país frente ao avanço das tecnologias de informações e a disseminação das informações em saúde.

Desta pesquisa empírica foi possível aprofundar a compreensão desses gestores acerca das informações e tecnologias de informações e as dificuldades encontradas para a melhoria dos serviços prestados no SUS. Deste modo, os resultados encontrados permitirão ampliar:

- o conhecimento acerca dos mecanismos de difusão de conhecimento entre os hospitais da amostra e sua importância estratégica na estruturação do SIS;
- a compreensão do papel das tecnologias de informações na produção, acumulação e armazenamento das informações que são geradas diariamente nos hospitais e;
- o papel do DATASUS e a padronização da informação no formato eletrônico nos serviços de saúde.

Segundo Bardin (1991) a análise de conteúdo é importante, pois permite classificar, sistematizar e definir as categorias de um documento. Para a análise das informações, a fim de facilitar a identificação dos discursos foram adotados os seguintes critérios para a codificação das entrevistas ao serem transcritas: código com o número do hospital (ex.: H1...Hn), código com as iniciais do Setor de atuação do entrevistado (ex. TI1...TIn – para o setor de Tecnologia da Informação e Arq1...Arqn para o setor de Arquivo) e código com as duas letras iniciais do último nome de cada responsável e letra final (Ex.: Rafael Soares = SOS). Os resultados obtidos proporcionaram dois tipos de análises: a primeira referente as informações demográficas e a segunda referente ao conteúdo das entrevistas. As informações demográficas são apresentadas a partir da estatística descritiva simples, considerando uma amostra não-probabilística com 22 participantes, sendo 11 hospitais selecionados pela amostra, sendo 2 entrevistados por hospital, um da área de TI e um da área de Arquivo.

As informações foram agrupadas segundo sexo, idade, tempo de serviço e escolaridade, a saber: dentre os entrevistados, 12 (54%) são homens e 10 são (46% mulheres), desse total 28% estão entre 20 a 30 anos de idade, 18% entre 30 a 40 anos, sendo que a maior parcela dos entrevistados (36%) está na faixa etária de entre 40 a 50 anos, e 18% com 50 anos ou mais. Esses profissionais contemplam diversas áreas de formação, os resultados apontaram que 5 possuem apenas o Nível Médio, 4 são enfermeiros, 3 administradores, 1 Técnico em Contabilidade, 5 Técnicos em TI, 1 Bibliotecária, 2 Especialistas em Gestão da Informação e 1 possui Mestrado em TI. Em relação ao tempo de serviço na instituição observamos que existem 8 pessoas entre (1 a 5) anos; 6 entre (6 a 10); 3 entre (11 a 15); 4 entre (16-20) e 1 com (21 ou mais).

A partir das informações coletadas podemos observa-se que existe uma concentração nos setores de TI e Arquivo dos hospitais de profissionais de áreas distintas e com nenhuma especialização ou curso específico voltado para a prática da atividade exercida. Salieta-se a necessidade desses profissionais, e principalmente de aqueles profissionais com mais tempo de serviço na instituição, de realizarem cursos de aperfeiçoamento e atualização na área. Além disso, vale destacar que esses resultados demonstram a inexistência de profissionais com qualificação específica para atuarem nesses setores, tais como: profissional com formação em Arquivologia, Ciência da Informação, TI, entre outros. Esse fato pode ser justificado pela falta de conhecimento desses profissionais acerca do setor, pela falta de interesse em atuação na área e pela própria estrutura dos hospitais para atenderem a demanda desses profissionais.

A seguir, apresentamos as informações levantadas em campo por meio das entrevistas. Com o objetivo de melhor compreendermos a percepção dos gestores em cada setor foi realizada a análise temática e conseqüentemente a definição das categorias de análise e os núcleos de sentido, de acordo com suas respectivas unidades de registros (Tabela 1). Nesta pesquisa, as categorias foram definidas a partir da leitura do material, dos objetivos traçados, dos dados empíricos e questão norteadora da pesquisa. Quanto as transcrições das entrevistas realizadas salienta-se que estas encontram-se disponíveis para consulta nos arquivos do GEPICC.

Assim, do processo de análise surgiram 3 categorias, sendo que os discursos remetem à diferentes núcleos de sentidos e conteúdos temáticos.

Tabela 1: Categorias (C), Núcleos de Sentido (NS) e as Frequências (F)

Categorias	Núcleos de Sentido	Frequência	(%)
C1 Fontes e Mecanismos de transferência de informações (FMtS)	NS1 Padronização das Informações em saúde	114	21,9%
	NS2 Gestão da informação	68	13,0%
	Sub- Total (FMtS)	182	34,9%
C2 Tecnologias de Informações em Saúde (TIS)	NS1 Recuperação da informação em saúde	93	17,9%
	NS2 Sistemas de Informações em Saúde	162	31,1%
	Sub-Total (TIS)	255	49%
C3 Difusão do conhecimento (DC)	NS1 Geração de conhecimento	47	9,0%
	NS2 Articulação/Integração dos setores em saúde	36	7,0%
	Sub-Total (DC)	83	16%
	Total	520	100%

Fonte: Fundamentado em Cunha (2012).

Para tanto, esta seção encontra-se dividida em três subseções que tratam à respeito da análise das categorias formuladas: 1) Fontes e Mecanismos de transferência de informações; 2) Tecnologias de Informações em Saúde e 3) Difusão do conhecimento.

5.2.1 Categoria 1 – Fontes e Mecanismos de transferência de informações

Nesta categoria observamos qual a percepção dos gestores responsáveis pelos setores de TI e Arquivo acerca da gestão da informação e padronização das informações em saúde, como produzem, acumulam e armazenam as informações geradas nas organizações hospitalares. Observa-se que esta categoria corresponde a 34,9% da frequência das unidades de registro selecionadas (Tabela 1). Por conseguinte, os núcleos de sentido revelados abordam, a saber:

NS1) A qualidade das informações produzidas e acumuladas nas organizações hospitalares está diretamente ligada à existência de mecanismos que garantam a padronização da coleta e tratamento de dados (**Padronização das informações em saúde**);

NS2) Os desafios do gerenciamento das informações em saúde consistem na melhoria dos registros e da qualificação profissional, uma vez que os registros em saúde refletem diretamente no processo de gestão hospitalar e, conseqüentemente, na melhoria do atendimento ao paciente do SUS (**Gestão da informação**).

5.2.1.1 Núcleo de sentido 1 – Padronização das informações em saúde

“Nas sociedades contemporâneas, entende-se que não é possível discutir ‘informação’ de forma desarticulada do debate das tecnologias que lhe dão suporte” (ABRASCO, 2016, p 14). Os bancos de dados, apesar de serem entendidos como “reservas de conhecimento”, se não padronizados desde a coleta, não servirão de suporte para a análise e tomada de decisão, haja vista que o seu registro foi afetado e não poderá ser considerada uma informação de qualidade, útil e confiável. Por conseguinte, a inexistência de padronização das informações em saúde representa uma das maiores problemáticas para a melhoria da qualidade do SUS.

O compartilhamento das informações em saúde contribui para a definição de estratégias em diferentes níveis (país, estadual, regional e municipal). Nesse sentido, “as informações em saúde são insumos potenciais para usuários e profissionais de saúde, bem como também servem para subsidiar processos de gestão, vigilância e atenção à saúde” (BRASIL, 2016, p.20).

Saberes e práticas de informação e tecnologia de informação em saúde são determinados pelo contexto histórico, político, social, econômico e científico em que são gerados e desenvolvidos, constituindo-se em espaços plenos de relações de poder e disputas de interesses. Ao mesmo tempo, subsidiam políticas públicas, articulações federativas, pesquisas, debates e lutas que ocorrem na relação entre Estado e sociedade em torno das condições de saúde- - doença-cuidado de indivíduos, populações e seus determinantes (ABRASCO, 2016, p 16).

A coleta de dados individuais na área hospitalar (ficha de notificação, prontuário do paciente, termo de alta, entre outros) possibilita a gestão administrativa dos dados, em termos estratégicos gerenciais e financeiros. No entanto, observa-se que esses dados encontram-se frequentemente ilegíveis, fragmentados, incompletos e incompreensíveis. Nesse aspecto, os profissionais inseridos nos hospitais foram indagados sobre a importância da padronização da informação no formato eletrônico nos serviços de saúde. A maioria dos profissionais (11) demonstraram falta de conhecimento sobre o termo “padronização das informações em saúde”, 4 profissionais correlacionam o termo padronização à acesso e sigilo dos sistemas eletrônicos adotados nos hospitais:

[...] acho que a padronização é um sistema... primeiro definir o papel de cada um... o que cada um tem que fazer... outra coisa... cada um cumprir o seu papel... o que as vezes não acontece muito dentro do sistema mesmo a pessoa fazer o que te compete... das informações fidedignas... da parte médica ainda as vezes eu acho que um () como um todo deixa meio incompleto... Às vezes você fica meio solto... a questão de dar uma alta... eu acho que teria que ter... essa padronização também seria importante... como também o próprio sistema definir telas... né? (H1, Arq1, NOS).

Em contraponto, 3 entrevistados sinalizaram que esta questão deveria ser atendida/explicada pelo setor de TI, pois não faz parte do escopo de atribuições do setor, no caso o setor de Arquivo, e 4 profissionais (sendo 3 da área de TI e 1 de Arquivo) demonstraram conhecer as atuais discussões e importância acerca da temática. Dentre os discursos obtidos selecionamos alguns nas quais essa visão fica mais evidente:

“[...] na verdade ele [sistema] tira aquela informação porque ali tem gente que não é de Salvador. Por outro lado você pede [ao paciente] a data de nascimento e a pessoa [recepcionista] errou na hora que cadastrou a data de nascimento, então acaba que a informação fica furada... em relação ao conteúdo da informação. A padronização com o Ministério da Saúde, cartão nacional do SUS e todas as portarias vieram e melhorou porque ele [MS] obriga que você cadastre o cartão

nacional do SUS que antigamente não era obrigatório. Obriga a data de nascimento, telefone, endereço, CEP, nome de mãe e RG, antigamente não obrigava; então cada um mandava de um jeito e as bases de dados de cada unidade era muito 'suja'... era muito ruim. Então, por exemplo, aqui no hospital a gente quer fazer uma campanha... quando a gente vai pegar a base de dados de paciente que ainda tem dados antigos...[...] com todos todas as exigências mais recentes que o DATASUS fez, tem melhorado e obrigado a instituição a melhorar a qualidade da informação” (H3, Arq1, SIO).

Outro gestor afirma que

“[...] a padronização é extremamente importante, na verdade quando fala em padronização, fala em indicador. A gente fala em possível levantamentos de dados e...e junto com isso vem melhora...o que a gente pode trabalhar para melhorar...tal indicador (H7, TI2, SOA)”.

Desse modo, fica evidente que a falta de conhecimento dos profissionais inseridos nesses setores acerca da importância da coleta, registro e compartilhamento adequado das informações geradas interferem e dificultam a gestão da informação em saúde e outros avanços que impactam na qualidade do SUS. A insuficiência de estratégias para a definição da padronização das informações em saúde compromete o acompanhamento da situação de saúde da população, da gestão do sistema e geração de conhecimento na área. Conforme salienta uma dos gestores entrevistados, a

[...] padronização hoje em dia é muito importante. O que sempre tenho dito se o SUS fosse um sistema único de fato para identificar o paciente - um prontuário único no Brasil inteiro, a saúde iria caminhar muito com isso. Pense você veio de Minas agora e agente já saberia que você tem tendência a ter diabetes e poderia ter uma continuidade de tratamento. É um grande caminho para o país, acredito que ainda vá demorar mais uma década para conseguir isso. É o que vai fazer a saúde caminhar aqui dentro claro que antes disso uma assistência básica melhor não conseguimos mas com certeza é o caminho (H11, TI2, SIA)”.

Cabe salientar, com a formulação da PNIIS buscou-se uma mudança de paradigma acerca da construção dos SIS para apoiarem o processo de trabalho em saúde. No entanto, ao verificarmos as diretrizes propostas pela PNIIS e PlaDITIS, verificamos que ainda não se concretizaram no que diz respeito aos procedimentos para o tratamento e disseminação das informações em saúde. Nesse sentido, podemos afirmar que ainda não possuímos SIS integrados e a não-interoperabilidade entre esses sistemas impactam diretamente no alcance das propostas definidas pelo MS para a

melhoria do SUS face diretamente à falta da padronização das informações que são geradas nas diversas instâncias do SUS.

5.2.1.2 Núcleo de sentido 2 – Gestão da informação

Os desafios inerentes à gestão das informações no contexto hospitalar não depende apenas dos avanços da TI. Neste estudo, buscou-se salientar a importância da informação no âmbito hospitalar e seu papel na disseminação e estruturação das informações que alimentam os SIS. A informação hospitalar, como parte integrante dos SIS é importante para a gestão das organizações, principalmente no que diz respeito ao bom funcionamento da unidade hospitalar. A gestão da informação conjuga diversos aspectos, a saber: informação - como elemento principal, tecnologias, organização/gestão e os sistemas que compõem esse quadro tão complexo.

Nesse sentido, a gestão de documentos é um fator estratégico para a melhoria da qualidade do serviço prestado, para a investigação e tratamento adequado de aspectos clínicos do paciente e para a geração de indicadores internos para apoiarem os gestores dos hospitais. Assim, entende-se a informação como parte fundamental para o funcionamento gerencial de uma instituição e, desse modo, o tratamento adequado das informações e a gestão dos documentos permitirão a organização e o bom funcionamento e, posteriormente, a preservação dessas informações.

No entanto, ao solicitarmos aos gestores que descrevessem como o hospital produz, acumula e armazena as suas informações, observamos que existem muitas lacunas nesse processo. Uma pequena parcela dos entrevistados não conhece o fluxo das informações na unidade hospitalar e por diversas vezes informaram que desconhecem tal fluxo, por não fazer parte da rotina habitual de trabalho dos mesmos. Em outra questão, ao perguntarmos o que significa a gestão dos documentos, um gestor informou que a gestão está relacionada a “guarda e arquivamento de todos os documentos que geram os prontuários ou fichas de atendimento dentro do hospital. [...] é o processo de arquivamento e guarda dos prontuários (H4, Arq1, NUS). No Quadro 3, podemos verificar a percepção de alguns gestores acerca da gestão das informações nos hospitais.

Quadro 3: Percepção dos gestores acerca da gestão das informações nos hospitais

Categoria	Unidade de registro	Unidade de Contexto
C1 Fontes e Mecanismos de transferência de informações em Saúde (FMtS)	Gestão da informação	“[...] gestão de documentos é todo acompanhamento da produção até o arquivamento de todas as informações que são produzidas e vinculadas dentro da instituição”(H2, Arq1, POS).
		“[...] o arquivamento das informações relativas a prontuário médico...: acompanhamento da informação desde os dados de indicadores de qualidade da informação até qualidade estrutural de documentos são produzidos no SAME”(H3, Arq1, FRS).
		“[...] envolve o processo de você armazenar controlar e recuperar [...] os documentos informações” (H2, TI1, BAS).

Fonte: Elaboração própria.

A informação hospitalar constitui-se de dados clínicos que refletem a saúde do paciente de forma mais completa possível. O hospital tem o papel de atender esse paciente e necessita documentar todas essas informações e procedimentos realizados de forma correta. Assim, estes dados servem de suporte para diversos setores dentro da unidade hospital e pode ser utilizada para diversas análises financeiras e administrativas. Por conseguinte, o arquivista, como parte integrante da equipe colaborativa, tem como principal função identificar quais documentos serão preservados e o seu fim. Este profissional tem como papel ser mediador na gestão dos documentos, no entanto, quando observamos a falta de profissionais com formação para este fim, verificamos que existe uma inconsistência quanto na prática e realização dessa atividade por outros profissionais, que vão além da guarda e preservação dos documentos em um arquivo.

5.2.2 Categoria 2 – Tecnologias de Informações em Saúde

Nesta categoria pretendemos conhecer: Qual a sua compreensão sobre o papel da tecnologia da informação? Como este hospital alimenta os seus sistemas de informação? A disseminação das informações em saúde entre todos os profissionais envolvidos, bem

como o compartilhamento dos dados gerados para o conhecimento da realidade sanitária do país representam necessidades cada vez mais preeminentes no país. O avanço das TIS no âmbito hospitalar, em particular,

A informação e a tecnologia da informação em saúde têm como esfera de intervenção tanto a consciência subjetiva do cidadão e o exercício do controle social, quanto o atendimento às complexas estratégias de decisão do gestor público de saúde, de desenvolvimento tecnocientífico e de articulação da saúde com as demais políticas sociais e econômicas do país (ABRASCO, 2016, p.7).

[...] a tecnologia da informação e a integração dos sistemas brasileiros de informação em saúde constituem uma poderosa ferramenta na promoção da equidade da atenção integral à saúde, efetivando e qualificando a atenção básica como principal porta de entrada do cidadão e integrando-a com os demais níveis de atenção (ABRASCO, 2016, p. 19).

Ao verificarmos os resultados apontados pela pesquisa TIC Saúde - 2015 que teve como intuito avaliar o uso da tecnologia da informação para saúde no país, observa-se que os resultados apresentam a existência das TIC na maioria dos serviços de saúde entrevistados pois aproximadamente 94% das organizações possuíam computadores e 91% internet. Este resultado afirma as informações coletada nesta pesquisa, pois dentre as principais ferramentas para a produção, circulação, compartilhamento e acesso à informação destacou-se os e-mails (97,9%) e a internet (91,7%), conforme observado por meio dos questionários.

É importante enfatizar que a existência de uma infraestrutura adequada de acesso à Internet é condição necessária para a implementação dos Registros Eletrônicos em Saúde e para a integração de informações em saúde. Esse ponto é destacado, por exemplo, em políticas como o e-SUS, estratégia do Ministério da Saúde para desenvolver, reestruturar e garantir a integração dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), permitindo individualizar os registros por meio do Cartão Nacional de Saúde (COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL, 2016, p. 131).

A presença de profissionais capacitados para gerir os recursos de TIC existentes nos estabelecimentos de saúde é um importante fator para o uso e a apropriação dessas tecnologias na gestão em saúde e na prestação do cuidado (COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL, 2016, p. 133). Conforme a pesquisa TIC 2015, no que se

refere à presença dos profissionais de TI no SUS foi revelado uma enorme deficiência desses profissionais no setor da saúde. Sendo que somente 25% das organizações afirmaram que havia um departamento de TI e estes estavam concentrados, principalmente no setor privado. David Novillo, representante da OPAS/OMS, realizou uma pesquisa com 63 países sobre a incorporação da TI em Saúde. Os resultados demonstraram que existem três barreiras para a adoção das TIC no setor da Saúde, a saber: a) falta de recursos humanos qualificados para o exercício da função (78%); b) falta de infraestrutura (76%) e, c) falta de recursos financeiros (60%).

Para que haja melhor apropriação das TIC no atendimento em saúde, é desejável que o estabelecimento conte, na sua área de TI, não só com profissionais capacitados em TI, mas também em saúde, segundo a recomendação do Departamento de Informação e Informática do SUS (Datusus) em sua Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Tal profissional poderia garantir que os sistemas eletrônicos fossem customizados para atender as demandas específicas do segmento da saúde, um setor altamente complexo. No entanto, essa é uma realidade ainda pouco comum nos estabelecimentos de saúde brasileiros: apenas 6% dos que acessaram a Internet possuíam um profissional de saúde em sua equipe de TI (COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL, 2016, p. 134).

[...] Para solucionar os problemas de TI em Saúde do Brasil, temos um desafio muito grande na formação de profissionais, pois não adianta comprar um prontuário americano ou europeu, porque o prontuário eletrônico não é um programa, é um processo (MARIN, 2014, s/n).

Outro ponto a ser destacado na TIC Saúde – 2015 foi o armazenamento eletrônico das informações geradas nos serviços de saúde. A pesquisa apontou que as informações de cunho administrativo (admissão, registro do paciente, entre outros) estão disponíveis eletronicamente, em contraponto as informações clínicas, tais como: atendimentos ao paciente e histórico das patologias, não eram inseridos nos sistemas eletrônicos da forma correta. Os profissionais de TI apontaram a necessidade de políticas públicas a falta de qualificação de profissionais e falta de infraestrutura como os principais problemas do setor.

Nesse sentido, o discurso de um gestor responsável pelo setor de TI salienta a importância da TI no âmbito hospitalar

[...] Hoje num ambiente complexo como hospital, a inexistência do setor de **tecnologia** é quase impossível. Aqui no hospital temos quatrocentos pacientes circulando diariamente, com isso é gerado muito material, contas hospitalares e outros documentos da parte administrativa que sem a tecnologia não conseguiríamos **fazer a gestão** disso para **manter a integridade e confidencialidade das informações** (H2, TI2, VMS, grifo nosso).

O uso das TIC no setor de saúde promove a melhoria e a qualidade do serviço prestado ao paciente, segurança dos procedimentos, na redução dos custos e eficiência no atendimento. No entanto, a incorporação das TIC está inteiramente relacionada à infraestrutura e à colaboração dos profissionais que atuam nas organizações de saúde, e à existência de um planejamento estratégico que permita a difusão e melhoria da qualidade das informações que são geradas no âmbito hospitalar.

5.2.2.1 Núcleo de sentido 1 – Recuperação da informação em saúde

Em termos gerais, a recuperação da informação está ligada à existência de um suporte que garanta agilidade no levantamento de dados e seu gerenciamento. Desse modo, os SI são considerados como o ligamento principal do hospital. Os SIS são dotados de informações de diversos aspectos que auxiliam os profissionais de saúde, gestores na realização de suas atividades diárias. Com a criação do DATASUS houve um avanço na construção de indicadores sociais e de saúde por meio da coleta, processamento e disseminação de dados. No entanto, observa-se que ainda existem muitos desafios para a disseminação e confiabilidade dessas informações para o processo decisório o âmbito do SUS, principalmente em relação à melhoria das práticas de registro e gestão.

Segundo a OMS (1993, p. 5), os SIS “são um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde”. Nesse sentido, esses dados geram informações e, a partir do tratamento, análise e divulgação servem de suporte para a tomada de decisão e definição de estratégias em saúde. Os discursos dos entrevistados indicam que a maioria dos gestores reconhece a importância da tecnologia de informação para a recuperação da informação no âmbito hospitalar e por diversas vezes

correlacionam a melhoria dos serviços prestados à existência de uma infraestrutura tecnológica avançada:

[...] O papel da tecnologia da informação é superimportante porque hoje a gente **gerencia** uma grande quantidade muito grande de informação.... então a tecnologia de informação nos ajuda não só com a catalogação de todas essas informações, mas a **rastrear essas informações**. Mantém o acompanhamento, a segurança e a busca mais rápida. Hoje agente tem uma quantidade de solicitação de informações é: de clientes externos, paciente e outras instituições muito grande; então agente tem um tempo legal muito curto pra dá essa informação... a tecnologia nos ajuda, quanto mais é: eletrônico estiver a informação mais agente vai atender a necessidade do nosso cliente” (H8, TI2, BAA, grifo nosso).

Outro gestor sinaliza que

[...] todo nosso trabalho hoje tem o resguardo da TI... né então o setor de arquivo é: hoje é: recebe prontuários movimenta prontuários é agente faz a consulta de dados informações todo com base no nosso sistema informatizado né na TI então agente tem uma parceria grande precisa trabalhar com relatórios personalizados eu preciso buscar informações mais rápido, então a TI precisa [preluzir] meu módulo do sistema informatizado de forma que consiga aquela informação com segurança e com rapidez então toda nossa gestão hoje é feita em parceria com a TI no sentido da gente planejar os nossos sistemas planejar os dados indicadores pra que a gente possa colher isso no sistema informatizado em paralelo agente também trabalha com muito treinamento porque pra gente é lançar essas informações a gente precisa que a TI esclareça onde é o melhor local então a parceria a gente trabalha agente tem um consultor próprio pra área na TI a gente tem um colaborador lá que ele é a nossa referência então ele tem um entendimento no nosso processo maior ele consegue entender quando a gente leva uma dúvida ou uma necessidade de melhoria de uma tela ou de um indicador de um relatório então é a gente tá percebendo os profissionais de TI buscando mais conhecimento técnico na área de saúde né algum tempo atrás agente tinha muita dificuldade eu trabalho na área SAME há 13 anos então há algum tempo atrás gente tinha muita dificuldade que a TI compreendesse o que a gente queria né eu cheguei fazer alguns trabalhos em folha de ofício fazia a planilha do que eu queria pra que ele conseguisse entender e passar pra tela programar o sistema pra aquilo que eu precisava hoje a gente sente que eles já tem um entendimento maior dentro da comissão de prontuário agente já tem dois profissionais da TI dois programadores que participam de todas as reuniões então todas as demandas da comissão de prontuário eles já vão operacionalizando e eles também tem conhecimento muito grande do processo de saúde (H9, TI2, CAS).

Ao questionarmos como o hospital se articula com o DATASUS um gestor sinalizou que:

[...] não sei te dizer, porque eu não tenho nenhum tratamento direto com o DATASUS. O que ouço da minha equipe é que as pessoas utilizam-se muito o DATASUS quando se trata de faturamento. Então, o DATASUS tem lá as portarias e todos os regimentos e ele é uma base de consulta. O que é que o DATASUS? Então o que ouço superficialmente nesse momento é que os outros setores fazem esse contato [...] eu não sei te dizer pra que tipo de informação (H5, TI2, LOS).

Um dos gestores entrevistados sinalizou que “[...] hoje a articulação que a gente tem é mais voltada para a parte de faturamento e RH, além do [SIH] que é também um sistema do SUS, utilizado pelo faturamento [...] são as duas fontes de comunicação que a gente tem (H8, TI2, MAS)”. Os demais gestores entrevistados, quando questionados sobre o papel da tecnologia da informação, foram forneceram as seguintes respostas, conforme Quadro 4:

Quadro 4: Articulação com o DATASUS e recuperação da informação nos hospitais

Categoria	Unidade de registro	Unidade de Contexto
<p style="text-align: center;">C2</p> <p style="text-align: center;">Tecnologias de Informações em Saúde</p>	<p>Recuperação da informação</p>	<p>[...] com o DATASUS... eu não tenho contato com o DATASUS... quem tem mais é a parte da gerencia e diretoria... mas assim... eles buscam sempre... que a gente sempre alimente nosso sistema... sempre deixe em dias nossos indicadores... todos os nossos dados sejam 100% fidedignos... pra justamente poder colher essas informações e passar para o DATASUS as informações que são necessárias... entendeu? (H6, TI2, BRA, grifo nosso)</p>
		<p>[...] não sei informar”. (H8, TI2, BAA)</p>
		<p>[...] É...eu sei...como a gente aqui adota, a gente tem que mandar esses dados...agora especificamente como a gente manda...manda pro DATASUS...eu não sei...eu não sei como são gerados não...aí...aí não compete a TI gerar esses dados não...entendeu...mas eu sei que todas as informações a gente tem e que a gente gera... com certeza (H3, TI2, NES, grifo nosso).</p>
		<p>[...] espero que aconteça desejo com toda certeza e se implantasse esse sistema eletrônico nossa vida tanto profissional quanto paciente mudaria 100% posso lhe garantir isso 100% eu já achei dificuldade muito grande de trabalhar de ter um bom andamento no serviço por conta de que nos não somos informatizados (H9, Arq1,</p>

Fonte: Elaboração própria.

Observa-se que “a conhecida instabilidade da gestão da saúde desvia a atenção dos gestores de responsabilidades de médio e longo prazo, que exigem mais investimento em planejamento e em informação (ABRASCO, 2016, p. 17)”. De acordo com os discursos obtidos, pode-se observar um descompasso entre o conhecimento dos profissionais de saúde a respeito das informações e TIS e conseqüentemente dos aspectos relacionados à disseminação dessas informações. Sabe-se que a área de ITIS notoriamente “não é tema prioritário para os gestores, que são razoavelmente atendidos pelos sistemas atuais, nas suas demandas mais comuns: financiamento, produção assistencial, suprimento de insumos, epidemias de doenças transmissíveis, entre outras (ABRASCO, 2016, p. 17)”.

5.2.2.2 Núcleo de sentido 2 – Sistemas de Informações em Saúde

Como em qualquer outro setor do mercado, a informação é considerada como redutor de incertezas, pois orienta a definição de estratégias para a promoção à saúde, prevenção e controle de doenças. Nesse sentido, os SIS são ferramentas que viabilizam realização dessas estratégias e, por conseguinte a formulação e avaliação das políticas, planos e programas assistências pelo governo. No entanto, para que os dados que compõem esses SI se transformem em informação, os recursos humanos, materiais e equipamentos envolvidos em todo esse processo devem ser articulados e, conseqüentemente possam ser considerados como reservas de conhecimento.

Branco (2001, p.6) salienta que nesse processo seria importante que os gestores procurassem ter

[...] dimensão exata do que ocorre ao longo de todo o processo de produção da informação e de como podem atuar em cada etapa para proporcionar as melhores condições possíveis para a sua realização. O conhecimento do acervo de informações `a sua disposição e a compreensão sobre como se origina pode aproximá-los do entendimento de que a própria escassez de recursos é fruto, muitas vezes, do desperdício provocado pela falta de informações sobre a realidade presente, a almejada e o impacto das alternativas de

intervenção possíveis, limitando as ações de planejamento e a tomada de decisões.

Nesse sentido, entende-se que o objetivo dos SIS consiste em “[...] informar ao público, a seus representantes políticos, funcionários, administradores, gestores e prestadores de serviço sobre a natureza e amplitude dos problemas de saúde (BRANCO, 2001, p.3). Ao tratarmos desse assunto, quando perguntamos um gestor como o hospital alimenta os seus SI foi obtido o seguinte discurso:

[...] toda mudança na realidade nosso sistema ele já vem desde 2005 então já temos um bom tempo trabalhando com esse sistema mais até as atualizações do sistema são passadas pra agente previamente né então nos vamos pra TI e agente é treinado agente avalia o sistema inclusive pra ver se as telas atendem agente se tem alguma modificação é perda de alguma informação que deveria estar então antes de ser passado agente tem esse momento elabora uma ficha com toda avaliação do modulo e a TI toma as providencias (H10, Arq1, SAI).

Outro gestor explica que “[...] toda a informação que vai para o DATUSUS é exportada do nosso sistema de faturamento, sendo que uma parte vai em mídia e o restante é digitado diretamente no sistema, **não tem uma integração para o DATASUS** (H7, T11, ICM)”. Observa-se que os SIS nos hospitais são frequentemente relacionados à prestação de contas e inserção de informações de caráter administrativo, conforme ressaltado anteriormente nos resultados apresentados da TIC Saúde – 2015. Por conseguinte, a formação de profissionais para a gestão da informação e da TI nos serviços de saúde poderá contribuir para a apropriação dos sistemas e arquivos no que se refere à melhoria do atendimento e cuidados dos pacientes.

5.2.3 Categoria 3 – Difusão do conhecimento

Nesta seção são apresentados os resultados das análises em relação à Categoria Difusão do Conhecimento. Para tanto, buscou-se compreender a disseminação das informações no âmbito hospitalar e, conseqüentemente, a difusão de conhecimento. A produção e o uso das informações em saúde refletem na forma como os SIS são organizados, dessa maneira as dificuldades encontradas na gestão e disseminação das

informações em saúde, com vistas a subsidiar a gestão e a definição de políticas de saúde transcende a simples coleta de dados.

[...] Em sintonia com este consenso, o estabelecimento de uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, capaz de subsidiar os processos de produção e difusão do conhecimento, gestão, organização da atenção à saúde e controle social, tornou-se um objetivo setorial do Ministério da Saúde e de suas vinculadas (BRASIL, 2016, p. 190).

5.2.3. 1 Núcleo de sentido 1 – Geração de conhecimento

Os gestores entrevistados revelaram que os documentos gerados no hospital, principalmente o prontuário do paciente são a grande fonte de conhecimento para a tomada de decisão. Conforme, salienta um gestor “[...] com o documento você materializa uma informação e a partir dessa informação materializada você tem como fazer o controle da informação, o fluxo e recuperar aquele documento...então...o documento é a materialização de um conjunto de informação (H4, TI2, LOS)”, por conseguinte gerar conhecimento.

[...] Tudo que a gente constrói é a vida do paciente. **É a saúde do paciente** e toda vez que ele vem ao médico tem acesso a essas informações...consegue dar um **melhor diagnóstico** né...então é isso se falar em administrativo tudo que tá em documento a gente pode gerar isso em indicador e pode trabalhar em prol do hospital (H11, TI2, MOA, grifo nosso).

Apesar de reconhecerem a importância, alguns gestores sinalizam que muitos documentos são gerados de forma automática e não atendem às necessidades e rotinas dos hospitais e, principalmente, não geram conhecimento:

[...] Minha compreensão sobre a finalidade dos documentos eu acho que sim os documentos eles precisam ser elaborados de uma maneira mais consciente. Quem elabora esse documento deve ter **conhecimento** do processo...para que ele vai servir, por que o que a gente ver são documentos elaborados que não atendem as necessidades. Hoje não só produzimos informações a gente também utiliza a informação para **gerenciamento** e planejamento **estratégico** da instituição, então a gente precisa elaborar o documento que vá servir inclusive pra gente determinar **novas políticas** na instituição, para que possa colher dados desses documentos não só para atender a legislação e as necessidades operacionais (H7, TI2, SAI, grifo nosso).

Outro gestor argumenta sobre a importância dos documentos gerados nos hospitais na geração de conhecimento:

[...] Todos os documentos são importantes, não tem como se trabalhar com a área administrativa sem trabalhar com os outros documentos gerenciais até para validar a assistência e ver o custo. Então os dois documentos são extremamente importantes, tanto os assistenciais como os gerenciais. Às vezes os gerenciais tem sido muito pouco utilizados até pra fazer uma comparação dessa qualidade e custo benefício nos estabelecimentos de saúde. O gerenciamento dos documentos gerenciais inclusive melhora a questão assistencial (H7, Arq2, PAN).

O documento no âmbito hospitalar é considerado a principal ferramenta de gestão e conhecimento acerca das patologias do paciente. A gestão e processamento das informações coletadas desde a entrada do paciente na unidade hospitalar são relevantes para que profissionais de saúde possam tomar decisões baseando-se em evidências.

5.2.3.2 Núcleo de Sentido 2 – Articulação/Integração dos setores no âmbito hospitalar

Nesta categoria tivemos como objetivo identificar como os setores de TI e Arquivos se articulam, como se dá esse processo e se existe alguma dificuldade entre os mesmos. Com relação à articulação/integração dos setores em saúde, 21 gestores responderam que existe na organização e apenas um referiu-se a falta de articulação entre os setores: “[...] existe bem pouco por conta do sistema... a gente implanta aqui e dá um treinamento para o pessoal...basicamente isso (H8, TI2, LOS)”.

A troca de informações é um importante indicador do grau de integração e desenvolvimento do sistema eletrônico dos estabelecimentos. Sua disponibilidade também revela em que medida os dados e informações registradas eletronicamente podem ser compartilhados entre as diferentes áreas do estabelecimento e também entre estabelecimentos diferentes. Apesar de poucos estabelecimentos relatarem a existência de funcionalidades de troca de informações, elas são muito utilizadas pelos profissionais dos estabelecimentos que permitem esse tipo de integração (COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL, 2016, p. 151).

Segundo os gestores entrevistados, apesar de todas as dificuldades encontradas diariamente na rotina complexa dos hospitais, conseguem “dialogar” em prol da melhoria do serviço prestado aos pacientes. Compreendem que a articulação da área de Arquivos com a área de TI favorece e funciona como instrumento de gestão nestes hospitais “[...] porque ele é o responsável pela parte gerencial do programa...o manejo...(TI) conhece mais o sistema.. pormenores...Há um vínculo, uma associação sempre há uma comunicação entre os dois lados (H6, Arq2, NUS)”. Dentre os discursos obtidos, podemos destacar:

[...] todo nosso trabalho hoje ele é ele tem o resguardo da TI. Então o setor de arquivo é:: hoje é:: recebe prontuários movimenta prontuários. é a gente faz a consulta dos dados informações todo com base no nosso sistema informatizado... né na TI então agente tem uma parceria grande; precisa trabalhar com relatórios personalizados. **Preciso buscar informações o mais rápido**, então a TI precisa [prelizar] meu modulo do sistema informatizado, de forma que consiga aquela informação com segurança e rapidez. **Toda nossa gestão hoje é feita em parceria com a TI no sentido de planejar os nossos sistemas, planejar os dados e indicadores para que possa colher isso no sistema informatizado.** Em paralelo agente também trabalha com muito treinamento porque pra gente é lançar essas informações a gente precisa que a TI esclareça onde é o melhor local...então a gente tem um consultor próprio pra área na TI.

A gente tem um colaborador lá que ele é a nossa referencia então ele tem um entendimento do nosso processo, ele consegue entender quando a gente leva uma duvida ou uma necessidade de melhoria de uma tela ou de um indicador de um relatório ... Então a gente está percebendo que os profissionais de TI estão buscando **mais conhecimento técnico na área de saúde**... Algum tempo atrás, tinha muita dificuldade (eu trabalho na área SAME há 13 anos) que a TI compreendesse o que agente queria, cheguei fazer alguns trabalhos em folha de oficio, fazia a planilha do que eu queria pra que ele conseguisse entender e passar pra tela programar o sistema para aquilo que eu precisava. Hoje a gente sente que eles já tem um entendimento maior dentro da comissão de prontuário; agente já tem dois profissionais da TI e dois programadores que participam de todas as reuniões (H3, Arq1, BAS, grifo nosso).

Cabe salientar, apesar de praticamente todos os gestores afirmarem que existe a articulação entre os setores, nota-se que ainda existe muito desconhecimento por parte desses profissionais acerca da importância de cada setor dentro do hospitalar e o papel que desempenham. Muitos desses não conhecem o fluxo das atividades prestadas pelo hospitalar e na sua maioria realizam apenas as atividades próprias de cada área sem considerar as especificidades da área da saúde.

Após esses resultados, espera-se que esta pesquisa estimule a reflexão acerca da importância da informação e TIS nos hospitais e, principalmente promova incentivos no que diz respeito à capacitação dos profissionais. As informações obtidas das 22 entrevistas possibilitou uma visão geral e permitiu a conclusão apresentada a seguir (Quadro 5):

Quadro 5: Síntese da análise de conteúdo e suas respectivas categorias (N= 22)

CATEGORIA (C)	NUCLEOS DE SENTIDO (NS)	CONTEÚDO
C1 Fontes e Mecanismos de transferência de informações (FMtS)	NS1 Padronização das Informações em saúde	1. Inexistência de conhecimento acerca da área da saúde
	NS2 Gestão da informação	2. Pouco foco em arquivamento das informações 3 Falta de qualificação de profissionais
C2 Tecnologias de Informações em Saúde (TIS)	NS1 Recuperação da informação em saúde	1. Falta de conhecimento e articulação com o DATASUS
	NS2 Sistemas de Informações em Saúde	2. SI com dados imprecisos 3 Tecnologia como fator principal para a melhoria das atividades desempenhadas
C3 Difusão do conhecimento (DC)	NS1 Geração de conhecimento	1. Baixa disseminação

	NS2	das informações em saúde
	Articulação/Integração dos setores em saúde	2. Prontuário do Paciente como principal documento hospitalar
		3 Compreensão do Documento como fonte de informações

Fonte: Elaboração própria.

Com base nesses resultados podemos inferir que:

- ✓ As informações e tecnologias de informações exercem papel importante para o funcionamento da rotina hospitalar.
- ✓ Os setores de TI e Arquivos dos hospitais reconhecem a importância da coleta, tratamento e disseminação das informações em saúde, mas não possuem ferramentas e qualificação adequada para a gestão dessas informações.
- ✓ Por outro lado, observa-se o desconhecimento acerca da PNIIS e do PlaDITIS.

Desse modo, entendemos que (re) pensar a responsabilidade coletiva em torno das informações em saúde é garantir a melhoria do SUS e a promoção de políticas públicas adequadas às necessidades do cidadão e que garantam o direito de acesso à serviços de qualidade.

5. 3 Algumas considerações sobre os resultados coletados por meio dos instrumentos de pesquisa utilizados

Nesta seção, iremos comparar os resultados das informações coletadas a partir dos instrumentos utilizados na pesquisa. Nesse sentido, as seguintes variáveis independentes foram analisadas: fontes e mecanismos de transferência de conhecimento

de acordo com as categorias operacionais de análise estabelecidas. Cabe ressaltar que não foi levada em conta a diferença entre o tamanho da amostra (Etapa 1 e 2 da pesquisa de campo) e os setores (Etapa 1: TI, Arquivo, Administrativo e Assistencial; Etapa 2: TI e Arquivo) nas quais foram aplicados os instrumentos. Para tal, optou-se por verificar as diferenças e/ou semelhanças das informações coletadas em campo a fim de comparar os resultados.

A partir dos objetivos estabelecidos é possível inferir algumas conclusões acerca do objeto da pesquisa, a partir dos instrumentos adotados:

a) **A gestão dos documentos produzidos, acumulados e armazenados nos hospitais está diretamente ligada ao desconhecimento por parte dos gestores do fluxo da informação, à falta de reconhecimento da importância do setor de Arquivo e sua função estratégica na rotina hospitalar e, principalmente, à deficiência de profissionais qualificados para o exercício da função.** Os resultados apontaram que 87,5% dos documentos gerados nos hospitais encontram-se armazenados em serviços de arquivos. Ao perguntarmos aos responsáveis como o hospital trabalha produz, acumula e armazena as suas informações, nota-se que existe um descompasso entre as informações coletadas por meio dos questionários e pelas entrevistas. Nota-se que o fluxo da informação ainda é desconhecido pela maioria desses profissionais e cada setor procura apenas conhecer o funcionamento da atividade prestada. Em contraponto, quando indagamos aos gestores sobre o papel do Setor/Serviço de Arquivos no hospital observa-se a inexistência de conhecimento acerca das competências desses profissionais, o que está relacionado à compreensão do Arquivo apenas para a guarda e manutenção dos documentos, principalmente do prontuário do paciente. Nos serviços de saúde o processamento e o uso da informação possibilitam a criação de conhecimento e a tomada de decisão de forma mais racional. Assim, no momento em que os gestores de saúde “[...] relacionam-se umas com as outras ou com os sistemas de informação da organização, utilizam os recursos do ambiente de uso da informação e, nessa interação, a informação torna-se útil” (CHOO, 2003, p.98).

Segundo Cunha (2005), a gestão da informação nos hospitais possibilita a troca de informações em razão dos serviços. Nesse sentido, os serviços de arquivos e sistemas são estratégias para a difusão das informações geradas potencializando a gestão da

informação em saúde. Como já foi afirmado, a Informação e Tecnologia da informação são fundamentais para a integração e articulação dos serviços de saúde, faz-se necessário uma mudança paradigmática na estruturação e disseminação das políticas de informação e informática nos hospitais, de forma a colocar a informação como ferramenta estratégica para a compreensão da realidade sanitária do país. A participação dos gestores locais e a qualificação profissional são os fatores mais significativos para transformar a realidade atual. Tanto individualmente quanto coletivamente, os gestores necessitam compreender o seu papel no SUS e como as informações geradas nos hospitais servem de subsídio para a definição de políticas de saúde.

b) A pesquisa acerca das fontes de ideias, informações e de conhecimento obtidas demonstram que o MS e as Secretarias Estaduais e Municipais representam a maior fonte de informação dos hospitais, todavia ainda existe pouca articulação desses hospitais com o DATASUS. O DATASUS é responsável pela coleta, processamento e difusão das informações de saúde de todo o país, no entanto, ainda existem desafios. Os hospitais do SUS têm dificuldades no monitoramento do fluxo e qualidade das informações geradas, tanto na entrada dos dados nos sistemas de origem quanto na disseminação dessas informações. O grande desafio do DATASUS é integrar de forma rápida e segura o grande volume de dados, com diferentes fontes de tecnologias para a garantia de informações confiáveis e de qualidade. A informação pode ser compreendida como um componente estratégico nos hospitais, no entanto, “[...] sem uma clara compreensão dos processos organizacionais e humanos pelos quais a informação se transforma em percepção, conhecimento e ação, as empresas não são capazes de perceber a importância de suas fontes e tecnologias de informação (CHOO, 2003, p.27). Para Branco (2006), a política de informação está ligada a existência de “[...] planos ou ações destinados à operacionalização de serviços de informação, com pretensão de abrangência nacional; lançamento de ações coordenadas e integradas; implementação de serviços e sistemas de informação no âmbito nacional” (BRANCO, 2006, p. 62).

c) Os hospitais desconhecem a PNIIS e o PlaDITIS, principalmente, no que diz respeito a sua efetividade na gestão das informações geradas, acumuladas e disseminadas. Conforme as informações obtidas por meio dos questionários, verifica-se que 69,8% não responderam ou afirmaram não conhecer sobre o PlaDITIS e 66,7%

desconhecem sobre a disseminação da PNIIS nos hospitais. Esta situação é confirmada quando indagamos aos gestores sobre a existência de políticas, diretrizes, resoluções, normas sobre o uso de documentos no seu hospital. Dentre as afirmações coletadas o que mais chamou a atenção foi a sinalização apenas de políticas de acesso aos documentos através dos sistemas eletrônicos adotados e, em nenhum momento foi sinalizado a aplicação ou o conhecimento das propostas e diretrizes estabelecidas pelas políticas de informação e informática elaboradas pelo MS, impactando diretamente na transferência, gestão e disseminação das informações. “As pessoas coletam informações ostensivamente para tomar decisões, mas não as utilizam” (CHOO, 2003, p. 46). Entendemos que a gestão da informação e os sistemas de arquivos ao passo que podem ser considerados como variáveis dependentes das políticas informação e informática, das condições estruturais e gerenciais nos serviços de saúde, deixam de exercer seu papel enquanto instrumento informacional estratégico na melhoria e prestação de serviços à população.

d) As ferramentas de produção, circulação, compartilhamento e acesso à informação propiciam a difusão do conhecimento no setor da saúde. No entanto, ao analisarmos os resultados, observa-se que os bancos de dados (53,1%) e os Sistemas de Informação Hospitalar (56,1%) ainda não propiciam relevantemente a disseminação do conhecimento nos hospitais. Esse resultado está relacionado, principalmente à falta de conhecimento dos gestores da função dos sistemas de informações que dão suporte na rotina diária dos hospitais. Os gestores acreditam que a melhoria do serviço prestado à população está ligada diretamente ao uso de TI e que as dificuldades encontradas para a disseminação das informações diminuiria com maiores investimentos por parte do governo. O SUS reflete a situação política, econômica e social do país; nesse sentido, os resultados apresentados na pesquisa revelam que não é somente a falta de investimentos que impacta na qualidade dos serviços. Para Davenport (2001), gestão da informação propicia a criação de estruturas e processos informacionais e está condicionada ao entendimento de três dimensões para a compreensão do cenário: ambiente externo, ambiente organizacional e o ambiente informacional. A TI é uma aliada no processo de democratização dos SUS e deveria ser adequada às demandas dos usuários, gestores, profissionais de saúde e ao sistema de saúde. Faz-se aqui uma sugestão para a criação e implementação de grupos locais de discussões para levantar sugestões e definir

estratégias para a difusão das informações geradas nos hospitais por meio dos “[...] fluxos e estruturações que viabilizam o intercâmbio, a cooperação, as interações, tanto intra como intercampos; ao mesmo tempo, nele ficam expostas às segmentações, os conflitos” (MORAES; GOMEZ, 2007, p.560), e desta forma possam ser suporte para subsidiar o planejamento, a implantação de políticas públicas de saúde; o desenvolvimento e qualificação dos profissionais de TI e Arquivos dos hospitais no campo da Tecnologia da Informação e sua gestão.

Desta forma, as informações coletadas em campo tanto dos questionários quanto das entrevistas apresentam resultados contundentes, o que pode ser verificado nos discursos dos gestores entrevistados. Por conseguinte, não observamos diferenças significativas nas informações coletadas na Etapa 1 e 2 da pesquisa de campo, ao passo que as entrevistas serviram de suporte para melhor compreensão da realidade dos hospitais frente às informações e tecnologias de informação e, das políticas de informação e informática no país.

6 CONCLUSÕES

Neste capítulo são apresentadas as conclusões, limitações e recomendações. Na seção das conclusões, são apresentadas algumas considerações acerca do objeto da pesquisa, tendo como base os resultados obtidos a partir da aplicação dos questionários e os aportes teóricos e conceituais da pesquisa. Na sequência, são apresentadas algumas recomendações.

6.1 Conclusões

Através desta pesquisa podemos constatar algumas conclusões sobre a realidade dos hospitais. Os resultados revelam que existe um descompasso entre o que preconiza o MS e a realidade das unidades hospitalares quanto ao processo de disseminação das informações geradas e acumuladas. No entanto, apesar das dificuldades encontradas acredita-se que existe um esforço de ambas as partes na tentativa de melhorar a qualidade do SUS. A questão inicial da pesquisa: como as fontes e os mecanismos de transferências de informações dos hospitais subsidiam as deliberações e ações dos gestores do SUS de acordo com o que determina a PNIIS e o PlaDITIS? permitiu-nos compreender a realidade dos hospitais, em relação às fontes e mecanismos de informações em saúde, mas não podemos afirmar que os resultados refletem a realidade do país, devido ao quantitativo da amostra. No entanto, permitiu-nos identificar diversos aspectos que necessitam ser refletidos para a melhoria da realidade sanitária no país.

Quanto aos pressupostos estabelecidos verifica-se que os mecanismos de transferências de informações possibilitam a disseminação das informações em saúde e a geração de conhecimento acerca da realidade sanitária do país, conforme as informações levantadas em campo e os aportes teóricos. No que diz respeito ao desenvolvimento de políticas para promover a disseminação de informações em saúde, entende-se que o MS e suas instâncias possuem o papel central para a disseminação da PNIIS e do PlaDITIS nos hospitais. Por outro lado, salienta-se que os arquivos e

sistemas de informação são frequentemente subutilizados pelos gestores e profissionais de TI e Arquivo.

Ao retornarmos às questões suscitadas ao longo do desenvolvimento da pesquisa:

➤ Os hospitais alimentam os SIS segundo o que determina a PNIIS e com intuito de servirem de suporte para a gestão do SUS e, por conseguinte gerar conhecimento? Observa-se que a inexistência de profissionais qualificados impacta diretamente na qualidade e disseminação das informações que alimentam o DATASUS. Nesse sentido, o DATASUS, entendido aqui como um sistema de arquivo em saúde, necessita ser difundido a nível local regional e estadual nos serviços de saúde,

➤ É possível afirmar que os SIS são estruturados para serem fontes e reservas de conhecimento para a gestão e definição de políticas de saúde no Brasil? Os SIS foram criados com este propósito. Apesar dos avanços desde sua criação, ainda existem problemas estruturais e gerenciais na coleta e difusão das informações geradas no SUS. Portanto, podemos afirmar que os SIS subsidiam as políticas de saúde no país e funcionam como ferramenta estratégica para o levantamento de informações acerca da realidade sanitária do país, mas que esforços ainda são necessários para a solução dos problemas existentes.

➤ A falta e a precariedade de mecanismos de transferência de informações confiáveis para a disseminação e difusão das informações em saúde impossibilita conhecer a realidade sanitária do país? Sim, haja visto que os sistemas de informações ajudam no processamento e gestão da informação. Os mecanismos de transferências de informações são ferramentas que auxiliam os gestores de saúde na definição de estratégias para a definição de ações quanto ao fluxo informacional, rotina da organização, alterações e melhoria no atendimento ao paciente, entre outros.

As informações em saúde são entendidas como insumo principal para a garantia da qualidade e direito dos cidadãos no acesso aos serviços disponibilizados pelo SUS. Fica evidente que as TIC, a disseminação das informações e dos sistemas de informações vêm revolucionando as práticas de saúde, transformando o processo de construção e circulação do conhecimento, as relações entre os atores e as práticas de saúde. Nesse sentido, os SIS são uma estratégia de mudança tecnológica,

institucionalização e modernização da saúde. Estes dispositivos são considerados hoje como mecanismos de racionalização e alteração das práticas ou interações, entre o paciente, o médico e as instancias gestoras do SUS.

A informatização dos hospitais foi pensada como uma ferramenta para resolver problemas em função de um discurso puramente mercantil a fim de balizar somente o aspecto técnico. Observa-se que a dimensão informacional tem sido negligenciada, em função de questões puramente tecnológicas no campo da saúde, de acordo com outras dimensões, tais como: a dimensão tecnológica, econômica, política, jurídica, entre outras.

De forma geral, a discussão proposta pela pesquisa considera as informações e tecnologias da informação como fontes e mecanismos de transferência de conhecimento para a gestão do SUS. É preciso refletir sobre os desafios em termos de ITIS e seu impacto nas práticas médicas. Ao se retomar o objetivo geral da pesquisa, isto é, verificar se os mecanismos de transferências de informações dos hospitais convergem com as diretrizes da PNIIS e do PlaDITIS, pode-se concluir que os hospitais alimentam os SIS de forma compulsória para a produção de dados meramente estatísticos em saúde, o que compromete a geração de conhecimento e difusão das informações geradas, recebidas e acumuladas de acordo com o que determina a PNIIS e com o intuito de servirem de suporte para a gestão do SUS, definição de políticas em saúde e geração de conhecimento.

Ao analisarmos o objetivo geral que consistiu em verificar se os mecanismos de transferências de informações dos hospitais convergem com as diretrizes da PNIIS e do PlaDITIS, acredita-se que foi alcançado. Através dos instrumentos de pesquisa adotados foi possível conhecer os principais mecanismos de transferências de informações dos hospitais e apresentar o que a PNIIS e o PlaDITIS preconiza em relação a esses aspectos.

Ao se verificar o primeiro objetivo específico definido para a condução da pesquisa, ou seja, identificar as fontes de informação dos hospitais observa-se que esse objetivo foi atingido por esta dissertação. Dentre as fontes de informações utilizadas pelos hospitais, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais representam a maior fonte de informação, o que demonstra a importância dessas

instancia gestoras para a geração e difusão de conhecimento nos territórios sanitários brasileiros. Nesse sentido, salienta-se a necessidade de divulgação da PNIIS entre os gestores e profissionais da saúde para a compreensão da necessidade de mecanismos de compartilhamento de dados para a produção e disseminação de informações em saúde de forma a atender aos usuários, profissionais e gestores do SUS.

O propósito geral de disseminação da PNIIS é nortear o processo decisório dos gestores em saúde, no nível macro (secretarias municipais, estaduais e MS), mas também os gestores locais e os profissionais do sistema de saúde, tendo como base as diretrizes que norteiam essa política. No entanto, salienta-se que, além da disseminação da PNIIS, são necessários outros esforços para a disseminação das informações em saúde no país.

Quando recorremos ao segundo objetivo específico da pesquisa, que é apontar se as fontes e os mecanismos de transferências de informações dos hospitais são bases para a difusão de conhecimento no SUS, pode-se constatar que o mesmo também foi alcançado. Nesse aspecto, verifica-se que os arquivos e sistemas de informação são subutilizados pelos agentes desses organismos produtores de serviços de saúde em função do desconhecimento da importância da informação e gestão da informação nos hospitais.

Quanto ao terceiro objetivo da pesquisa; levantar na PNIIS e no PlaDITIS as diretrizes para a promoção e disseminação das informações em saúde no SUS, observa-se que este também foi atingido ao passo que buscou-se através do referencial teórico da pesquisa apresentar os principais aspectos e a configuração atual das políticas de informação e informática no país.

Assim, a pesquisa evidencia a importância da articulação dos diversos setores hospitalares, quanto à coleta, tratamento e disseminação das informações, e reconhece que existem vários problemas durante esse processo (falta de qualificação, infraestrutura, entre outros). Acredita-se que estes aspectos serão solucionados a partir da constituição de equipes pluridisciplinares e que englobem as mais variadas áreas do conhecimento e apoio do MS.

A análise de conteúdo realizada permitiu verificar em cada categoria os discursos que representam a percepção dos gestores em relação à temática da pesquisa.

Considerando os conteúdos relacionados às informações e TIS, prevaleceram os discursos de que envolvem a importância da tecnologia na rotina diária dos hospitais. Além disso, podemos afirmar que existe desconhecimento dos gestores responsáveis pelos setores de TI e Arquivo em relação ao fluxo da informação hospitalar, padronização e recuperação da informação, principalmente em relação ao DATASUS.

Além dessas conclusões apresentadas, nesta seção, a partir dos objetivos específicos propostos e problemática da pesquisa, são apresentadas, a seguir, algumas recomendações preliminares, pois acredita-se que possam contribuir em pesquisas futuras, bem como suscitar reflexões para a estruturação do SNIS com dados confiáveis e que reflitam a realidade sanitária da população brasileira.

6.2 Recomendações

De forma a contribuir com o avanço de pesquisas acerca deste tema, o resultado alcançado revela a necessidade de uma reflexão mais apurada sobre o contexto atual das “Informações em Saúde” por meio das diretrizes da PNIIS e do PlaDITIS. Torna-se necessário, portanto, a difusão da tecnologia como um mecanismo para a integração das informações; a elaboração de estratégias para a disseminação das informações e qualificação dos profissionais responsáveis pela gestão da informação no contexto dos hospitais para a melhoria da qualidade da informação e do seu uso na saúde que são necessários ao SUS.

Entende-se que a tecnologia oferece uma nova ordem médica e assistencial acerca das práticas e disseminação das informações em saúde. Nesta perspectiva, compreende-se as TIC em termos de causa-efeito, a saber: Quais são os impactos em termos de sistemas de informação nas práticas de trabalho dos profissionais de saúde? Qual a dimensão social do avanço das TIC na produção e disseminação das informações em saúde, principalmente no âmbito do SUS? Existem necessidades institucionais, legais, informacionais específicas para a devida disseminação da PNIIS no sistema de saúde? Sugerimos que questões como estas sejam analisadas, essencialmente em três direções: primeiro no nível macro (a dimensão estrutural da criação dos SIS e o papel das informações geradas nos hospitais), em seguida, em uma perspectiva mediana, ou

seja, o nível intermediário (a gestão das informações) e o nível micro (a interação entre a política de informação e política de saúde).

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Grupo Técnico de Informação em Saúde e População (GTISP). **2º Plano Diretor para o Desenvolvimento da Informação e Tecnologia de informação em Saúde:2º**. PlaDITIS 2013-2017. Brasília, 2013.
- ALAZRAQUI, M; MOTA, E; SPINELLI, H. Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(12):2693-2702, dez, 2006.
- ALMEIDA, A. S. **Os Sistemas de Gestão da Informação nos Hospitais Públicos Portugueses: Uma Perspectiva Actual**. Dissertação de Mestrado em Ciências da Documentação e da Informação, apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, Lisboa, Janeiro de 2012.
- ANDERSON J. G. Social, ethical and legal barriers to e-health. **International Journal of Medical Informatics**, v.76, n.14, p. 480-483, Dez. 2007.
- BARRETO, A. A. A questão da informação. **Revista São Paulo em Perspectiva**, Fundação Seade, v 8, n 4 , 1994.
- BARRETO, Aldo de Albuquerque. A oferta e a demanda de informação: condições técnicas, econômicas e políticas. **Ciência da Informação**, v. 28, n. 2, p. 167-177, 1999.
- BARRETO, A. **A estrutura do texto e a transferência da informação**. Data Grama Zero, Rio de Janeiro, v.6, n.3, jun. 2005.
- BOAVENTURA, Edivaldo Machado. **Como Ordenar as Ideias**. 9ª. Ed. São Paulo: Ática, 2007.
- BRASIL. **Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973**. Brasília, 1973. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6015original.htm>. Acesso em: 15 jun. 2016.
- BRANCO, Maria Alice Fernandes. **Informação e Saúde: uma ciência e suas políticas em uma nova era**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 222p.
- BRASIL. Lei. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 20 set. de 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Versão 2.0. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e

Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 48 p.2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: Contextos Históricos, Avanços e Perspectivas no SUS/Organização Pan-Americana da Saúde**, Brasília, 2015, 166p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 1991.

BIO, S. R. Sistemas de Informação. Um enfoque Gerencial. São Paulo: Atlas, 1994.

BOURDIEU, P. **Lições da aula**. São Paulo: Ática, 1994.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: Ed. da UNESP, 2004.

BORKO, H. **Information science: what is it? American Documentation**, Chicago, v.19, n.1, p.3-5, jan. 1968.

BOUTHOL, G. **História da sociologia**. São Paulo: Difel, 1976.

BUENO, W. C. **Jornalismo científico: revisando o conceito**. 2008. Tese (Doutorado em Comunicação) – Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo.

BURKE, J; ORNSTEN, R. **O Presente do Fazedor de Machados**. 1º edição, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

CALDAS, R. F. Contribuição das Tecnologias de Informação e comunicação para o desenvolvimento de modelos de negócios e processos organizacionais. In: VALENTIM, M. L. P. **Inteligência organizacional**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, 386p.

CAMARGO et al. Informação e Avaliação em Saúde. In: Matta, Gustavo Corrêa. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. / Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

CARVALHO, D. M. T. Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/ SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde (Vol. 1). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 148 p.

CATARINO, M. E et al. Tecnologias de Informação aplicadas à tomada de decisão visando a competitividade organizacional. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v. 15, n. 2, p. 1-12, 2005

CAVALCANTE, M. T. L. VASCONCELLOS, M.M. Tecnologia de informação para a educação na saúde: duas revisões e uma proposta. **Ciênc. saúde coletiva** vol.12 no.3 Rio de Janeiro May/June 2007.

CHOO, Chun Wei. Um modelo de uso da informação. In: CHOO, Chun Wei. **A organização do conhecimento**. São Paulo: SENAC, 2003.

CHOO, C. W. **A organização do conhecimento**: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões. São Paulo: Senac, 2003.

CLAVREUL, J. **A Ordem Médica - Poder e impotência do Discurso Médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COELHO, K. S. C. **Indicadores Materno-neonatais na Saúde Suplementar – Uma Análise do Sistema de Informações de Produtos**. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2004.

COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros TIC Saúde 2015: ICT in health 2015** / [coordenação/coordination Alexandre F. Barbosa]. São Paulo, 2016. [livro eletrônico].

CUNHA, F. J. A. P. **A gestão da informação nos hospitais: a importância do prontuário eletrônico na integração de sistemas de informação em saúde**. 2005. 226 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Instituto de Ciência da Informação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

CUNHA, F. J. A. P. **Da adesão à participação em uma rede de hospitais como promoção da aprendizagem organizacional e da inovação gerencial: um olhar sobre a Rede InovarHBA**. 2012. 333. Tese (Doutorado em 2012). UFBA- Faculdade de Educação, Salvador-BahiaBrasil, 2012.

CUNHA, F. J. A. P. O complexus do conhecimento, inovação e comunicação em serviços de atenção à saúde. In: CUNHA, Francisco J.A. Pedroza; LÁZARO, Cristiane P; PEREIRA, Hernane B.de B. (Org.). **Conhecimento, inovação e comunicação em serviços de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014, p. 221-236.

DAGNINO, R. P. **Neutralidade da ciência e determinismo tecnológico**: um debate sobre a tecnociência. Campinas: Unicamp, 2008.

DAVENPORT, T. H. **Ecologia da Informação**: por que só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação. Tradução Bernadete Siqueira, São Paulo: Futura, 1998.

ESPANHA, R.; LISBOA, I; FONSECA, R. B. Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - Tecnologias de Informação e Comunicação. Ato Comissariado de Saúde. Portugal, 2010. Disponível em: < <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/07/TIC1.pdf>>. Acesso em: 12 set. de 2016.

FERREIRA, O. A. N. O. **Uso das Informações de Interesse Epidemiológico na Gestão da Saúde**: Um estudo de caso em dois municípios de pernambucanos. [Dissertação de Mestrado]. Recife: Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (NESC/CPqAM/FIOCRUZ), 2005.

FERREIRA, L. O; BRITTO, N. Os intelectuais no mundo e o mundo dos intelectuais: uma leitura comparada de Karl Mannheim e Pierre Bourdieu. In: Portocarrero, Vera (Org.) **Filosofia, história e sociologia das ciências I**: abordagens contemporâneas/ Organizado por Vera Portocarrero. — Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

- FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução Maria Ermantina Galvão, São Paulo: Martins Fontes, 1999. Paulo: Martins Fontes. 1999.
- FOUCAULT, M. **Sobre a história da sexualidade**. In: _____. Microfísica do Poder. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001e, p.243-276.
- FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**. Trad. Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.
- FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 7ª ed., 2008, 244p.
- FOUCAULT, M. **Ditos e escritos VII**. Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.
- FROHMANN, B. **O caráter social, material e público da informação na contemporaneidade**. In: Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação, 7., 19 a 22 nov. 2006, Marília. Anais...Marília.
- GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1999.
- GONZALEZ DE GOMEZ, M. N. A representação do conhecimento e o conhecimento da representação: algumas questões epistemológicas. **Ciência da Informação**, Brasília, DF, v. 22, n.3, p. 217-222, set/dez, 1993.
- GRIBEL, E. B. **Atenção básica**: do Processo de Trabalho ao Sistema de Informação. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro. **Escola Nacional de Saúde Pública**. Fundação Oswaldo Cruz, 2005.
- GUIMARÃES, E. M. P; ÉVORA, Y.D.M. Sistema de Informação: Instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Revista Ciência da Informação**. V.33, n1, Jan/Abr. 2004.
- HOFFMANN, W. A. M. Gestão da Informação e Inteligência competitiva: uma abordagem estratégica das organizações públicas e privadas. In: VALENTIM, M. L. P. **Inteligência organizacional**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, 386p.
- JARDIM, J. M. **Obstáculos à construção de políticas nacionais de arquivos no Brasil e na Espanha**: uma abordagem teórico metodológica de análise comparada. Liinc em Revista, v.7, n.1, março 2011, Rio de Janeiro.
- KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva. 5a Ed.1970.

LIMA et al. A Experiência de Disseminação de Informações em Saúde. In: Brasil, Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009, vol 1, p.109- 128.

Luhmann, N. **Introdução à teoria dos sistemas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

MACIEL, M. L.; ALBAGLI, S. **Informação, conhecimento e poder: mudança tecnológica e inovação social**. Rio de Janeiro: Garamond, 2011. 332p. Disponível em: <http://livroaberto.ibict.br/bitstream/123456789/1062/2/informacao_conhecimento_e_poder.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2016.

MARCIANO, J. L. P. **Bases teóricas para a formulação de Políticas de Informação**. Inf. & Soc.: Est., João Pessoa, v.16, n.2, p. 37-50, jul./dez. 2006.

MARIN, H. F. **Sistemas de Informação em Saúde: considerações gerais**. J. Health Inform. Jan-Mar; 2(1): 20-4, 2010.

MARIZ, Anna Carla Almeida. Transferência da Informação Arquivística. In: _____. **A informação na internet: Arquivos Públicos brasileiros**. Rio de Janeiro, Fgv, 2012. Cap. 1. p. 17-32.

MATURANA, H.R.; VARELA, F.J. **A Árvore do Conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana**. Tradução; Humberto Mariotti e Lia Diskin. São Paulo, Pala Athenas, 2001.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

MOTA, Eduardo; CARVALHO, Déa Mara. Sistemas de Informação em Saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

MORAES, I. H.S. **Política, tecnologia e informação em saúde**. Salvador: Casa da Qualidade, 2002.

MORÃES, C. R. B; FADEL, B. Ambiente organizacional, gestão da informação e tecnologia. In: VALENTIM, M. L. P. **Comunicação organizacional no processo de inteligência competitiva**. Londrina: Infohome, 2003, p. 99-114.

MORAES, I. H. S.; GÓMEZ, M. N. G. **Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde**. Ciênc. Saúde Coletiva, Vol.12, no.3. Rio de Janeiro, May/June, 2007.

MORAES, I.H.S, GÓMEZ, M.N.G. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Maio/2007;12(3): p. 553-565.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2005. 120p.

MORAES, I. H. S.; GÓMEZ, M. N. G. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Vol.12, no.3. Rio de Janeiro, May/June, 2007.

NACIONAL, Arquivo. **Dicionário brasileiro de terminologia arquivística**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2005.

NOGUEIRA, R. P. Ser e Saúde: Repensando a Saúde com Heidegger . 2014.

NORONHA, M. F. **Classificação de hospitalizações em Ribeirão Preto**: Os Diagnosis Related Groups. [Tese de Doutorado]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2001.

OLIVEIRA, M. B. Tecnociência, ecologia e capitalismo. In: I. Loureiro; J. C. Leite e M. E. Cevalco (orgs). **O espírito de Porto Alegre**, São Paulo: Paz e Terra, 2002, p. 109-113.

OLIVEIRA, E. F. T; FERREIRA, K. E. **Fontes de Informação on line em Arquivologia**: uma avaliação métrica. Biblos, Rio Grande, 23 (2): 69-76, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA - OPAS. **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília: OPAS/MS, 2004.

PALÁCIOS, M. O programa forte da sociologia do conhecimento e o princípio da causalidade. In: Portocarrero, Vera (Org.) **Filosofia, história e sociologia das ciências I**: abordagens contemporâneas/ Organizado por Vera Portocarrero. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

PANITZ, L. M. **Registro eletrônico de saúde e produção de informações da atenção à saúde no SUS**. 2014. 183 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas de Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

PASQUALI, Antonio. **Comprender la comunicación**. Caracas: Monte Ávila Editores, 1978. 289 p.

PEREZ, G. Adoção de inovações tecnológicas Um estudo sobre o uso de sistemas de informação na área de saúde. 227 p. Tese (Doutorado) FEA, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE. Operacionalização do Plano Nacional de Saúde. Políticas Transversais: Tecnologias de Informação e Comunicação (Versão Discussão – Junho 2011). Ato Comissariado de Saúde. Portugal, 2011. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2011/06/TIC_2011-06-31.pdf>. Acesso em: 12 set. de 2016.

PRIGOGINE, I. **O fim das certezas**: tempo, caos e as leis da natureza. Tradução de Roberto Leal Ferreira. São Paulo: Editora da Universidade Paulista, 1996.

PRIGOGINE, I, STENGERS, I. **La nouvelle alliance**. Paris: Gallimard, 1979.

POPPER, K.R. **Conhecimento objetivo**. São Paulo: EDUSP, 1975.

QUIVY, R; CAMPENHOUDT, L. **Manual de investigação em ciências sociais**. Lisboa: Gradiva, 2008. p. 155-206.

REBRATS. Rede Brasileira de Avaliação Tecnologia e Saúde. Membros/Categoria: **Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar - InovarH/UFBA**.

REBRATS, Brasília, 2016. Disponível em: <<http://rebrats.saude.gov.br/membros-cat/213-rede-de-inovacao-e-aprendizagem-em-gestao-hospitalar-inovarh-ufba>>. Acesso em: 10 set. 2016.

RONDINELLI, R. C. **O documento arquivístico ante a realidade digital: uma revisão conceitual necessária**. Rio de Janeiro: FGV, 2013.

ROUSSEAU, Jean-Yves; COUTURE, Carol. O ciclo de vida dos documentos de arquivo. In: _____. **Os fundamentos da disciplina arquivística**, 1º ed. Porto de Lisboa, Dom Quixote 1998. cap.4, p.111-128.

SANTOS, Plácida L. V. Amorim da Costa; SANT'ANA, Ricardo César Gonçalves. Transferência da Informação: análise para valoração de unidades de conhecimento. **Datagrama: Revista de Ciência da Informação**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p.1-16, abr. 2002. Disponível em: <http://www.dgz.org.br/abr02/Art_02.htm>. Acesso em: 10 set. 2016.

SANTOS, H. L. **Novas Tecnologias da Informação e os Sistemas de Informações sobre Mortalidade e sobre Nascidos Vivos: Potencialidades de uso na Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro**. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

SANTOS, B. **Um discurso sobre as ciências**. Porto: Edições Afrontamento, 2008.

SAURÍ, J. **O que é Diagnosticar em Psiquiatria**. São Paulo: Escuta, 2001.

SILVA, A. M. **A informação: da compreensão do fenômeno e construção do objeto científico**. Porto, PO: Edições Afrontamento, 2006.

TEIXEIRA, T. M. C; VALENTIM, M. L. P. Informação como insumo para a inteligência organizacional. In: VALENTIM, M. L. P. **Inteligência organizacional**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, 386p.

THOMAS, R. The e-Health Landscape: A Terrain map of emerging information and communication technologies in health and health care. Princeton: **The Robert Wood Johnson Foundation**, 2001.

TRINDADE, E. A incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 (5): 951-964, mai, 2008.

TUCKMAN, B. W. **Manual de Investigação em Educação**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000.

VALENTIM, M. L. P. **Comunicação organizacional no processo de inteligência competitiva**. Londrina: Infohome, 2003. Disponível em: <http://www.ofaj.com.br/colunas_conteudo.php?cod=79>. Acesso em 18 mar. 2016.

VALENTIM, M. L. P. **A construção do conhecimento e mediação**. Londrina: Infohome, 2004. Disponível em: <http://www.ofaj.com.br/colunas_conteudo.php?cod=81>. Acesso em 18 mar. 2016.

- VALENTIM, M. L. P. **Informação, conhecimento e Inteligência organizacional**. Marília: Fundepe, 2006, 282p.
- VALENTIM, M. L. P.; GELINSKI, J. V. V. Gestão do conhecimento como parte do processo de inteligência competitiva organizacional. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v. 15, n. 2, p. 1-12, 2005.
- VASCONCELLOS, M. M, MORAES, I.H.S, CAVALCANTE M.T.L. Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias de informação. **Saúde em Debate**. Maio/2002; 26(61), p. 219-35.
- VECINA NETO, G. A evolução da assistência à saúde no Mundo e no Brasil até o SUS. In: VECINA NETO, G. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- VIACAVA, F. et al. **Os inquéritos domiciliares e o Sistema Nacional de Informações em Saúde**. Ciênc. saúde coletiva, 2006.
- VIANNA, G. V. R; PEREIRA, E. S. Um Estudo sobre o Conhecimento. **Revista Científica da Faculdade Lourenço Filho** - v.6, n.1, 2009.
- YAMAMOTO, M. P. **The interdisciplinary practice in academic masters: implications in personal and professional development of students**. 2013. 318 f. Tese (Doutorado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.
- WHO (World Health Organization). **Framework and standards for country health information systems**, 2nd edn, WHO (Health Metrics Network), 2008, Geneva. Disponível em: <www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2015.

ANEXOS

Anexo 1: Roteiro semiestruturado da entrevista

Pesquisa: MECANISMOS DE DIFUSÃO DE CONHECIMENTOS GERENCIAIS ENTRE OS SISTEMAS E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: GESTÃO DE DOCUMENTOS BASES PARA A APRENDIZAGEM E INOVAÇÃO ORGANIZACIONAL EM HOSPITAIS.

Pesquisador Responsável: FRANCISCO JOSÉ ARAGÃO PEDROZA CUNHA.

Contato com o pesquisador: Instituto de Ciência da Informação (ICI) – Universidade Federal da Bahia (UFBA). Av. Miguel Calmon s/n, Campus do Canela de Cima. 40.110-110, Salvador –Ba.

Telefones: Salvador –Ba. Fone: (71) 9968-9822.

Roteiro semiestruturado da entrevista

O **objetivo geral** deste projeto é: Avaliar o uso de mecanismos e estruturas de transferência de informações gerenciais em hospitais da Rede InovarH-BA, os quais são inseridos nos sistemas e nas redes de atenção à saúde do SUS.

Para tanto, são traçados quatro objetivos específicos, a saber:

- 1) **Conhecer** as tecnologias avançadas de produção, de circulação e de acesso a informações gerenciais dos hospitais da Rede InovarH-BA;
- 2) **Identificar** os tipos e os usos de fontes da informação dos hospitais da Rede InovarH-BA;
- 3) **Diagnosticar** a gestão de documentos e dos sistemas de arquivos dos hospitais da Rede InovarH-BA;
- 4) **Compreender** os mecanismos de acessibilidade e de disponibilidade das informações geradas e recebidas dos hospitais da Rede InovarH-BA.

Perguntas:

- 1) O que significa, para você, gestão de documentos?

- 2) Na sua opinião, qual a função do Setor/Serviço de Arquivos no seu hospital?
- 3) Qual a sua compreensão sobre o papel da TI (tecnologia da informação) para a produção, o armazenamento e a recuperação das informações geradas e recebidas em razão das atividades deste hospital?
- 4) Descreva como o hospital em que você trabalha produz, acumula e armazena as suas informações?
- 5) Existem políticas, diretrizes, resoluções, normas sobre o uso de documentos no seu hospital? Em caso afirmativo, descreva com suas palavras sobre o que elas tratam.
- 6) Que tipo de sistemas eletrônicos de informação são adotados no seu hospital?
- 7) Existem políticas, diretrizes, resoluções, normas sobre o uso das T. I. (Tecnologias de Informação) no seu hospital? Em caso afirmativo, descreva com suas palavras sobre o que elas tratam.
- 8) Existe programa de qualificação frente às tecnologias de informação e comunicação neste hospital?
- 9) Como este hospital se articula com o DATASUS?
- 10) Como este hospital alimenta os seus sistemas de informação (Especificar sistemas CADWEB, etc)?
- 11) Qual a sua opinião sobre a padronização da informação no formato eletrônico nos serviços de saúde?
- 12) Qual a sua compreensão sobre a finalidade dos documentos?
- 13) Na sua opinião, quais documentos são mais importantes? Os da área assistencial ou os da administrativa? Justifique.



Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: MECANISMOS DE DIFUSÃO DE CONHECIMENTOS GERENCIAIS ENTRE OS SISTEMAS E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: GESTÃO DE DOCUMENTOS BASES PARA A APRENDIZAGEM E INOVAÇÃO ORGANIZACIONAL EM HOSPITAIS.

Pesquisador Responsável: FRANCISCO JOSÉ ARAGÃO PEDROZA CUNHA.

Contato com o pesquisador: Instituto de Ciência da Informação (ICI) – Universidade Federal da Bahia (UFBA). Av. Miguel Calmon s/n, Campus do Canela de Cima. 40.110-110, Salvador – Ba.

Telefones: Salvador –Ba. Fone: (71) 9968-9822.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Parecer Comitê de Ética em Pesquisa de n.º 1.374.841/2015

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “MECANISMOS DE DIFUSÃO DE CONHECIMENTOS GERENCIAIS ENTRE OS SISTEMAS E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: GESTÃO DE DOCUMENTOS BASES PARA A APRENDIZAGEM E INOVAÇÃO ORGANIZACIONAL EM HOSPITAIS”. Neste estudo pretendemos avaliar o uso de mecanismos e estruturas de transferência de informações gerenciais em hospitais com termo de adesão à Rede InovarH-BA, os quais são inseridos nos sistemas e nas redes de atenção à saúde do SUS. Para este estudo adotaremos as técnicas de entrevista para o levantamento das informações empíricas. Serão abordadas questões relacionadas a arquivos, documentos, sistemas de informação, inovação e aprendizagem em gestão hospitalar. Este estudo contribuirá para a ampliação do conhecimento em relação ao tema e ao fortalecimento do SUS.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr. (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na sala do GEPIC (Grupo de Estudos de Políticas de Informação, Comunicação e Conhecimento) e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “MECANISMOS

DE DIFUSÃO DE CONHECIMENTOS GERENCIAIS ENTRE OS SISTEMAS E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: GESTÃO DE DOCUMENTOS BASES PARA A APRENDIZAGEM E INOVAÇÃO ORGANIZACIONAL EM HOSPITAIS.”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Salvador, _____ de _____ de 2016.

Nome: _____

Assinatura do participante _____

Data ____/____/____

Nome: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Data: ____/____/____

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP– Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA.

Parecer n.º 1.374.841/2015

Rua Augusto Viana, s/n, sala 435, Canela Salvador –Bahia – CEP: 40.110-060

Telefone: 71.32837615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

Anexo 3: Questionário da pesquisa



Questionário PPSUS

**Projeto do Programa de Pesquisa para o SUS
Gestão compartilhada em Saúde –PPSUS – BA – FAPESB / SESAB**

Prezado (a) Participante:

Este questionário é um instrumento de um Projeto do Programa de Pesquisa para o SUS – Gestão compartilhada em Saúde –PPSUS – BA – FAPESB/SESAB, sobre “**MECANISMOS DE DIFUSÃO DE CONHECIMENTOS GERENCIAIS ENTRE OS SISTEMAS E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**”, cujo objetivo é avaliar o uso de mecanismos e estruturas de transferência de informações gerenciais em hospitais integrantes da Rede InovarH-BA. Estamos contatando as organizações hospitalares que possuem termo de adesão com a Rede InovarH-BA, objeto empírico deste estudo, e esta é uma delas. Assim, contamos com a sua valiosa colaboração em responder o questionário. **Ressaltamos que não existem respostas certas ou erradas. Importa o que V.S.^a pensa.**

Confidencialidade

Esclarecemos que as respostas serão tratadas de forma **confidencial** e agregadas de maneira que nenhuma resposta individual possa ser identificada. A razão social da organização e os dados cadastrais dos entrevistados serão mantidos em **sigilo absoluto**, garantido, assim, o anonimato.

Glossário

- 1) **Documento:** registro das atividades relacionadas às funções/missão do hospital. Informação registrada e estruturada para a compreensão das pessoas envolvidas com as funções/missão do Hospital. Produto das transações realizadas por pessoas para o alcance da missão do Hospital. Suporte de informações produzidas, recebidas e acumuladas em razão das atividades do Hospital.
- 2) **Colaborador:** pessoas que desenvolvem atividades, tarefas relacionadas às funções / missão do Hospital (funcionário, servidor, empregado).
- 3) **Usuário:** são pessoas que demandam os serviços do Hospital (pacientes e familiares) e as pessoas que mantêm relações vinculadas com as funções / missão do Hospital (colaboradores, fornecedores, agentes de governo, advogados, contadores, pesquisadores, professores, estudantes, dentre outros).

Agradecemos a sua preciosa contribuição!

Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Arquivo Público do Estado da Bahia (APEB)

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Universidade do Estado da Bahia (UNEB)

Senai-Cimatec

Associação dos Arquivistas da Bahia (AABA)

Nº Questionário:		Entregue dia:	Respondido dia:	Devolvido dia:				
Grupo I - Avalie esta organização hospitalar quanto aos itens abaixo, marcando com "X" sua opinião quanto às afirmações apresentadas.			(1) Discordo totalmente	(2) Discordo mais do que concordo	(3) Não concordo nem discordo	(4) Concordo mais do que discordo	(5) Concordo totalmente	(0) Desconheço
1.	Este Hospital considera a organização dos documentos como fator importante para a tomada de decisão.							
2.	Organizar os documentos possibilita a geração de conhecimentos para intervenções administrativas e assistenciais deste Hospital.							
3.	Neste Hospital foi disseminada a consulta pública sobre a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS).							
4.	Este hospital colaborou com o Plano de Desenvolvimento para a Informação e a Tecnologia da Informação em Saúde (PlaDITIS).							
5.	Este Hospital atende às demandas originadas da Lei de Acesso à Informação.							
6.	O Setor de Arquivos deste Hospital desenvolve a organização padronizada dos documentos produzidos, recebidos e acumulados.							
7.	Os Colaboradores deste Hospital conhecem a legislação arquivística.							
8.	Este Hospital propõe melhoria(s) nos processos relativos à organização documental.							
9.	Existe norma que estabeleça prazos para guarda dos documentos.							
10.	Existem procedimentos para a eliminação dos documentos produzidos, recebidos e acumulado neste Hospital.							
11.	Este Hospital seleciona documentos para a preservação da memória institucional.							
12.	Este Hospital possui ferramentas que proporcionem pesquisa e/ou divulgação dos seus documentos.							
13.	Neste Hospital os documentos são preservados seguindo normas voltadas para o controle do ambiente de guarda dos documentos.							
14.	Este hospital produz e arquiviza documentos em meio digital.							
15.	Os usuários têm facilidade de acesso aos documentos e informações deste Hospital.							

1	O Setor de Arquivos contribui na elaboração das diretrizes para a organização da documentação produzida, recebida e acumulada neste Hospital.						
1	Os Colaboradores deste hospital contribuem na elaboração dos padrões para a organização da documentação produzida, recebida e acumulada neste Hospital.						
1	Os Colaboradores deste Hospital são frequentemente informados sobre as decisões estratégicas e operacionais relacionadas à organização da documentação produzida, recebida e acumulada.						
1	Neste hospital são promovidas capacitações relacionadas à organização da documentação produzida, recebida e acumulada.						
2	Há uma Comissão Permanente de Avaliação de documentos produzidos, recebidos e acumulados neste Hospital.						
2	A Comissão de Revisão de Prontuários do Paciente contribui na avaliação dos documentos produzidos, recebidos e acumulados.						
2	Há interação entre os gestores dos setores/departamentos e o gestor do Setor de Arquivos quanto aos procedimentos para a organização da documentação produzida, recebida e acumulada.						
2	Há interação entre o gestor do setor de Tecnologia da Informação e o gestor do Setor de Arquivos quanto ao uso das tecnologias nas atividades de produção, guarda e recuperação das informações registradas nos documentos.						
2	Este Hospital utiliza sistemas informatizados para divulgação e compartilhamento das informações produzidas, recebidas e acumuladas.						
2	A operação de computadores e aplicativos representa uma barreira no acesso à informação.						

Grupo II – Responda às questões abaixo marcando com um “X” quantas opções você considerar procedentes. Caso nenhuma alternativa se aplique, deixe a questão em branco.

1) Indique as ferramentas de produção, de circulação, de compartilhamento e de acesso a informações usadas neste hospital. Podem ser indicadas várias ferramentas:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Ferramentas Web 2.0 (Twitter; Linked; Facebook; WhatsApp; ou outros) |
| <input type="checkbox"/> Intranet | <input type="checkbox"/> Prontuário do Paciente |
| <input type="checkbox"/> E-mails | <input type="checkbox"/> Redes Sociais |
| <input type="checkbox"/> Documentos | <input type="checkbox"/> Web TV Corporativa |
| <input type="checkbox"/> Portal eletrônico do Hospital | <input type="checkbox"/> Banco de Dados |
| <input type="checkbox"/> Arquivos | <input type="checkbox"/> Ambiente destinado a pesquisa de documentos |
| <input type="checkbox"/> Sistema de Informação Hospitalar (SIH) | <input type="checkbox"/> Listagem ou lista de eliminação de documentos |
| <input type="checkbox"/> Outros portais eletrônicos | <input type="checkbox"/> Comunidades de práticas |
| <input type="checkbox"/> Registro Eletrônico em Saúde (RES) | <input type="checkbox"/> Indicadores de avaliação |
| <input type="checkbox"/> Plano de Classificação de Documentos | <input type="checkbox"/> Prontuário Eletrônico do Paciente |
| <input type="checkbox"/> Sistema de Informação Gerencial (SIG) da Rede InovarH/BA | <input type="checkbox"/> Termo de eliminação de documentos |
| <input type="checkbox"/> Tabela de Temporalidade de Documentos (TTD) | <input type="checkbox"/> Telesaúde |
| | <input type="checkbox"/> Outros _____. |

2) Assinale, dentre as práticas de gestão abaixo, as utilizadas por este Hospital:

- Gestão de relacionamento com os usuários por meio do setor de arquivos
- Registro e disseminação de informações geradas e recebidas no Hospital
- Transferência ou compartilhamento de informações para outros Hospitais
- Parcerias com grupos de especialistas em gestão de documentos
- Aquisição de *know how* de outros Hospitais sobre práticas de tratamento e organização de sistemas de arquivos
- Criação e alimentação de bancos de Protocolos Assistenciais e Administrativos
- Comparação de práticas com outras organizações hospitalares (*Benchmarking*) sobre sistemas eletrônicos de documentos arquivísticos
- Uso de serviço de Protocolo de Documentos
- Reuniões de Comissões de Avaliação de Documentos
- Elaboração de cenários prospectivos sobre a guarda de documentos inativos
- Eventos de criação e seleção de ideias para diretrizes sobre eliminação de documentos
- Desenvolvimento de padrões de descrição dos documentos entre os Colaboradores
- Qualificação e desenvolvimento de pessoas para o gerenciamento de documentos e informações
- Políticas de informação
- Políticas de informática

3) Como este hospital organiza, armazena e recupera os documentos gerados e recebidos?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Serviços de Arquivos | <input type="checkbox"/> Sistemas de Gerenciamento Arquivístico Eletrônico de Documentos |
| <input type="checkbox"/> Serviços de Protocolo | <input type="checkbox"/> Sistemas de Gestão Eletrônica de Documentos (GED) |
| <input type="checkbox"/> Classifica e avalia os documentos gerados e recebidos | <input type="checkbox"/> Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) |
| <input type="checkbox"/> Bancos de dados de livre acesso aos colaboradores deste Hospital | <input type="checkbox"/> Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) vinculado a Sistema de Informação Hospitalar (SIH) |
| <input type="checkbox"/> Bancos de dados de livre acesso aos parceiros deste Hospital | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bancos de dados de acesso restrito | |

4) Quais são as principais fontes de ideias, informações e conhecimentos desta organização?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Colaboradores das áreas envolvidas | <input type="checkbox"/> Motores de busca (Google, repositórios institucionais, dentre outros) |
| <input type="checkbox"/> Parceiros (outras organizações hospitalares) | <input type="checkbox"/> Bibliotecas virtuais |
| <input type="checkbox"/> Fornecedores | <input type="checkbox"/> Arquivos |
| <input type="checkbox"/> Usuários/Clientes | <input type="checkbox"/> Ministério da Saúde |
| <input type="checkbox"/> Documentos | <input type="checkbox"/> Secretaria de Saúde Estadual |
| <input type="checkbox"/> Especialistas em gestão hospitalar | <input type="checkbox"/> Secretaria de Saúde Municipal |
| <input type="checkbox"/> Web 2.0 e Redes Sociais | <input type="checkbox"/> Organização Pan - Americana de Saúde (OPAS) |
| <input type="checkbox"/> Universidades | <input type="checkbox"/> Rede InovarH/BA |
| <input type="checkbox"/> Bancos de Dados Especializados | |

- Outros: _____ Identificar

5) Em relação a este Hospital, como você descreve as competências dos colaboradores em relação às informações geradas e recebidas?

- Produzem conhecimentos e informações
- Gerenciam conhecimentos e informações
- Difundem conhecimentos e informações
- Avaliam a informação quanto a aspectos como pertinência, confiabilidade e fidedignidade
- Organizam a informação que geram e recebem no âmbito de suas atividades
- Contribuem com a construção do conhecimento, disponibilizando produtos informacionais que desenvolvem ou encontram, como artigos, vídeos, entrevistas, legislação etc.
- Adequam a comunicação (linguagem e conteúdo) às características e às necessidades do receptor
- Trabalham em colaboração, seja mobilizando redes sociais para conseguir ajuda, seja contribuindo com o próprio conhecimento
- Avaliam a comunicação que realizam, verificando aspectos como privacidade e segurança

Grupo III – Assinale com um “X” e preencha as demais informações solicitadas:

1) Você identifica que houve melhoria de procedimento de organização dos documentos gerados e recebidos neste hospital nos últimos dois anos? () Sim () Não

1.1 **Em caso afirmativo**, indique sua opinião quanto à organização dos documentos nos serviços listados no quadro abaixo, considerando uma escala de **1 a 5**, sendo:

- 1 - Para não organizado;
- 2- Para parcialmente organizado;
- 3- Para totalmente organizado;
- 4 - Para não sei informar; e,
- 5 – Para não existência do serviço.

Grau de Importância	SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	Grau de Importância	SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS
	Serviço de Atenção Médica		Serviço/Assessoria Administrativa
	Serviço de Atenção de Enfermagem		Serviço/ Assessoria Jurídica
	Serviço de Atenção Farmacêutica		Serviço/Assessoria de Comunicação
	Serviço de Atenção Nutricional e Dietética		Serviço/Assessoria de Avaliação e Planejamento
	Serviço de Atenção		Serviço/Núcleo de Tecnologia da

	Fisioterapêutica		Informação
	Serviço de Atenção Odontológica		Serviço de Ouvidoria Geral
	Serviço Social		Serviços de Acompanhamento, Controle e Avaliação
	Laboratório		Comissões Permanentes e Temporárias
	Serviço de Bio Imagem		Núcleo de Epidemiologia Hospitalar
	Serviço de Anatomia Patológica		Núcleo de Medicina Baseada em Evidência
	Serviço de Quimioterapia		Secretaria Executiva
	Unidade Transfusional de Sangue		Arquivo administrativo
	Unidade de Diálise e Transplante Renal		Serviço de Arquivo Médico e Estatística
	Serviço de Endoscopia		Serviço de Regulação de Leitos
	Serviço de Gerenciamento de Risco		Núcleo de Qualidade/Acreditação
	Centro cirúrgico		Serviço de Almoxarifado
	Central de Material Esterilizado		Serviço de Compras/Licitação
	UTI		Serviço de Recepção
	Urgência/Emergência		Serviço de Lavanderia
	Ambulatório		Serviço de Higienização
	Controle de Infecção Hospitalar		Serviço de Contas Médicas/Faturamento
	Telemedicina		Núcleo de Educação Permanente

Grupo IV – Para responder às seguintes questões, a partir do quadro abaixo, assinale com um “x” nos campos 1, 2 e 3, pelo menos três documentos que:

- 1) **Contribuem** para você **desenvolver** procedimentos laborais.
- 2) Você **recorre para esclarecer dúvidas** de processos de trabalhos.
- 3) Você **compartilha** processos de trabalhos.

ITEM	DOCUMENTOS	1	2	3
01	Assentamentos Funcionais			
02	Atas de Reunião			
03	Atestados			
04	Avisos de Cirurgia			
05	Cartões de Agendamento			
06	Cartões Nacional de Saúde			
07	Circulares			
08	Comunicações Internas			
09	Contratos			
10	Correspondências			
11	Declarações			
12	Estatutos			
13	Exames Complementares			
14	Folhas de Cirurgia			
15	Folhas de Evolução e de Prescrição do Paciente			
16	Folhas de Frequência			
17	Formulários de Avaliação da Área Administrativa			
18	Formulários de Avaliação da Área Assistencial			
19	Formulários de Conferência do Carro de Emergência			
20	Formulários de Controle de Temperatura e Umidade			
21	Formulários de Controle Geral			
22	Instruções Normativas			
23	Leis			
24	Notificações de Procedimentos			
25	Planos e Classificação de Documentos			
26	Planos de Trabalhos			
27	Políticas			
28	Prontuários do Paciente			
29	Protocolos Administrativos			
30	Protocolos Assistenciais			

31	Receituários			
32	Registros de Cirurgia			
33	Registros de Consulta			
34	Relação de Exames Total			
35	Relatórios Administrativos			
36	Relatórios de Assistência			
37	Requisições de Cópias			
38	Requisições de Material			
39	Requisições/ Resultados de Exame			
40	Solicitações de Impressos			
41	Solicitações de Prontuário			
42	Solicitações de Atendimento Religioso			
43	Tabela de Temporalidade de Documentos			
44	Termos de Consentimento			
45	Termos de Sigilo, Confidencialidade e Acesso às Informações			
46	Outros: Especificar _____			

Grupo V - Informações sobre o respondente:

- **Organização hospitalar:** _____
- **Sexo:** () Masculino () Feminino
- **Idade:** () entre 20 e 25 anos () entre 26 e 30 anos () entre 31 e 40 anos () entre 41 e 50 anos () entre 51 e 60 anos () mais de 61 anos.
- **Formação escolar:** () Segundo Grau incompleto () Segundo Grau completo () Graduação incompleta () Graduação completa () especialista () mestrado () doutorado () pós-doutorado.
- **Tempo de Formação:** () até 2 anos () de 2 a 5 anos () de 6 a 10 anos () de 11 a 20 anos () mais de 20 anos.
- **Tempo de Trabalho nesta organização hospitalar:** () até 2 anos () de 2 a 5 anos () de 6 a 10 anos () de 11 a 20 anos () mais de 20 anos.
- **Tipo de Vínculo:** () Estatutário () Celetista () REDA () Terceirizado () Outros _____
- **Profissão:** _____
- **Sector de atuação:** () Área Administrativo/Financeiro () Área Assistencial/Clinica () Área de Tecnologia da Informação () Área de Documentação / Arquivos () Outros Especificar :
