

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
FACULTAD DE TRADUCCIÓN Y DOCUMENTACIÓN
Departamento de Biblioteconomía y Documentación



**OS ARQUIVOS MÉDICOS NO CONTEXTO DA
PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO E
EXERCÍCIO DA CIDADANIA**

Raone Somavilla

Salamanca, España.

2015

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
FACULTAD DE TRADUCCIÓN Y DOCUMENTACIÓN
Departamento de Biblioteconomía y Documentación



**OS ARQUIVOS MÉDICOS NO CONTEXTO DA
PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO E
EXERCÍCIO DA CIDADANIA**

Tese submetida ao Departamento de Biblioteconomia e Documentação da Universidade de Salamanca, como requisito parcial para a obtenção do grau de “Doutor em Biblioteconomia e Documentação”.

Linha de Pesquisa: Metodologias e linhas de investigação em Biblioteconomia e Documentação.

Orientadora: Professora Doutora María Manuela Moro Cabero
Doutorando: Raone Somavilla

Salamanca, España, 2015

Somavilla, Raone

Os arquivos médicos no contexto da produção do conhecimento e exercício da cidadania / Raone Somavilla. Salamanca, 2015.

358 f.; il.

Orientadora: Manuela Moro Cabero

Tese (doutorado) – Universidad de Salamanca; Facultad de Traducción y Documentación, Departamento de Biblioteconomía y Documentación, 2015.

1. Arquivo médico 2. SUS 3. Pesquisa científica 4. Produção do conhecimento I. Moro Cabero, Manuela II. Título

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo autor

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de **Doutor em Documentação** pela Universidade de Salamanca.

Elaborado por **D. Raone Somavilla**, licenciado em Arquivologia.

Orientado pela Doutora Dona María Manuela Moro Cabero, Professora Titular do Departamento de Biblioteconomia e Documentação, adscrito à Universidade de Salamanca.

Fdº:

D. Raone Somavilla

Vº Bº:

Dra. Manuela Moro Cabero

*O que sabemos é uma gota,
o que ignoramos é um oceano!*

Isaac Newton

À minha filha,
Minha luz, Luiza.

AGRADECIMENTOS

A jornada em busca de novos conhecimentos é árdua, mas Deus coloca em nossas vidas pessoas especiais nos momentos certos. Pessoas que nos acompanham, apoiam e inspiram a seguir em frente, sem nunca desistir.

Agradeço muito à minha numerosa e ruidosa **família** por ser meu porto seguro e minha alegria garantida, especialmente à minha mãe **Vânia** por toda sua luta para que eu sempre pudesse estudar, me dando apoio e amor incondicionais.

À **Claudinha**, minha companheira, auxiliar de pesquisa, melhor amiga, confidente, mãe e terapeuta, por enfrentar comigo todas as dificuldades, me levantar nas vezes em que deixei de acreditar e por comemorar cada pequena conquista.

À **Luiza**, maior amor do mundo, razão de todo e qualquer esforço que eu fiz ou venha a fazer, por sua alegria e entusiasmo inesgotáveis, sua carinha mais linda e sorriso apaixonante.

À professora **Manuela** que aceitou o desafio de orientar esta tese, por seus ensinamentos inestimáveis e toda sua dedicação para o sucesso desta pesquisa.

À **Rosanara**, mestre e amiga, por ser inspiração à esta jornada, por apontar os caminhos e sempre me responder com outras perguntas.

Aos **colegas** de profissão e colegas de trabalho pela compreensão e ajudas que vão além das obrigações, por serem também minha família.

Aos meus **amigos** por estarem sempre do meu lado, mostrando o lado bom da vida, mantendo-me em pé, nem imaginando a imensa gratidão que sinto e a imensa diferença que fazem.

À Universidade Federal de Santa Maria que permitiu que eu dedicasse uma parcela de cada um dos meus dias aos estudos e por incentivar meu aprendizado.

À Universidad de Salamanca pela oportunidade de explorar um universo novo de troca de experiências que perpassam a vivência acadêmica.

E principalmente a **Deus** por me dar todos esses motivos pelos quais agradeço, por me fazer cada vez mais forte, pela paixão à Arquivologia e pela curiosidade insaciável.

MUITO OBRIGADO!

SOMAVILLA, Raone. **Os arquivos médicos no contexto da produção do conhecimento e exercício da cidadania**. 2015. 358 f. Tese (Doutorado em Biblioteconomia e Documentação). Universidade de Salamanca.

RESUMO

O acesso às informações, sua estruturação e análise por meio de pesquisas científicas produzem novos conhecimentos, que disseminados potencializam a capacidade que a informação possui de munir o ator social de argumentos para defender causas, ou ações que crê necessárias para sua comunidade. A **Justificativa** desta investigação reside no fato de que pesquisa científica atua como agente criador de conhecimento com base em informações registradas. Essas informações podem estar contidas em diferentes suportes e tipos documentais, dentre os quais, encontram-se os arquivos médicos. A **motivação** por este tema vem, principalmente, da experiência do autor com os arquivos médicos, e pela necessidade de explorar e melhor entender este universo de informações, para que elas possam ser usadas o mais amplamente possível. Como ponto de partida para a construção da pesquisa, e baseando-se no conhecimento empírico do autor a respeito do universo a ser pesquisado, foram elaboradas sete **hipóteses** que serviram para nortear a escolha de abordagens e procedimentos metodológicos no desenvolvimento do estudo. O **objetivo da pesquisa** é analisar o contexto de construção do conhecimento por meio de pesquisas científicas na área da saúde no Brasil. Quanto à **metodologia** geral utilizada, a investigação descritiva foi desenvolvida segundo métodos qualiquantitativos de análise de dados; já os procedimentos foram agrupados em três momentos metodológicos. A **estrutura da tese** divide-se em nove partes: a INTRODUÇÃO define os dados gerais de apresentação da pesquisa desenvolvida; o CAPÍTULO 1 aborda a saúde no Brasil, sua história e as políticas públicas de sanidade no Brasil; o CAPÍTULO 2 explora o universo da informação e seu impacto social; o CAPÍTULO 3 conceitua pesquisa científica e a produção do conhecimento na área da saúde; o CAPÍTULO 4 estuda os arquivos médicos e os Sistemas de Informação em Saúde no Brasil; o CAPÍTULO 5 apresenta a metodologia adotada para o planejamento e desenvolvimento da tese; o CAPÍTULO 6 apresenta e analisa os resultados referentes aos arquivos médicos em hospitais universitários no Brasil e seus usuários pesquisadores; o CAPÍTULO 7 analisa a produção científica em saúde no Brasil, com um olhar sobre as fontes de informação; nas CONCLUSÕES faz-se a verificação das hipóteses e revisão final do cumprimento dos objetivos propostos, bem como sugestões de pesquisas futuras. Ao fim, são citadas as referências bibliográficas empregadas na tese.

PALAVRAS-CHAVE: SUS; arquivo médico; pesquisa científica; produção do conhecimento.

SOMAVILLA, Raone. *The medical files in the context of knowledge production and exercise of citizenship*. 2015. 358 p. Thesis (PhD Library and Documentation Science). Universidad de Salamanca.

ABSTRACT

Information access, structuring and analysis through scientific research produces new knowledge, these disseminated advantage the ability of information has to equip the social actor arguments to defend causes or actions that believes necessary for your community. The **justification** of this research is scientific research acts as a creative agent of knowledge based on recorded information. This information may be contained in different Medias and record types, among which are the medical files. The **motivation** for this theme comes mainly from the author's experience with the medical files, and the necessity to explore and better understand this universe of information, so they can be used as extensively as possible. As a starting point for the construction of research, and based on empirical knowledge of the author about the universe being researched, were formulated seven **hypothesis** that served to guide the choice of methodological approaches and procedures in the development of this research. The **objective** of the research is to analyze the context of knowledge construction through scientific research in the health area in Brazil. About the **methodology**, the descriptive research was developed according to qualitative and quantitative methods of data analysis; procedures were grouped into three methodological times. The **structure** of the thesis was divided into nine parts: INTRODUCTION defines the general data presentation from research developed; CHAPTER 1 studies the health in Brazil, his history and public politics of sanity in Brazil; CHAPTER 2 explores the universe of information and his social impact; CHAPTER 3 conceptualizes scientific research and knowledge production in health; CHAPTER 4 studies the medical files and Health Information Systems in Brazil; Chapter 5 presents the methodology adopted for the planning and development of this thesis; CHAPTER 6 presents and analyzes the results about the medical files at university hospitals in Brazil and their researcher users; CHAPTER 7 analyzes the health scientific production in Brazil, with a look at the sources of information; in CONCLUSIONS, it is made the verification of hypothesis and final review of accomplishment of the proposed objectives and future research suggestions. In the end, the references used in the thesis are reported.

KEYWORDS: SUS; medical file; scientific research; knowledge production.

SOMAVILLA, Raone. **Los registros médicos en el contexto de la producción del conocimiento y ejercicio de la ciudadanía**. 2015. 358 h. Tesis (Doctorado en Biblioteconomía y Documentación). Universidad de Salamanca.

RESUMEN

El acceso a la información, su estructuración y análisis a través de la investigación científica producen nuevos conocimientos, que cuando se difunden, optimizan la capacidad que la información posee para dotar a los agentes sociales con argumentos para la defensa de causas o acciones que cree necesarias para su comunidad. La **justificación** de esta tesis radica en el hecho de que la investigación científica actúa como agente generador del conocimiento basado en la información registrada. Esta información puede estar contenida en diferentes tipos de medios y de documentos, entre los que destacan los archivos médicos. La **motivación** para este tema proviene principalmente de la experiencia del autor con archivos y documentación sanitaria, así como de la necesidad de explorar y entender mejor este universo de información, para que pueda ser utilizada del mejor modo y lo más ampliamente posible. Como punto de partida para la construcción de la investigación, y con base en el conocimiento empírico del autor sobre el universo, fueron construidas siete **hipótesis** que sirvieron para orientar la elección de enfoques y procedimientos metodológicos en el desarrollo del estudio. El **objetivo** de la investigación es analizar el contexto de la construcción del conocimiento a través de la investigación científica en el área de salud en Brasil. En relación a la **metodología general** que se utiliza, esta investigación descriptiva fue desarrollada de acuerdo con los métodos cualitativos y cuantitativos de análisis de datos; asimismo, los procedimientos se han agrupado en tres periodos metodológicos. La **estructura de esta** tesis se divide en nueve partes: la INTRODUCCIÓN define los datos generales de presentación de la investigación llevada a cabo; el CAPÍTULO 1 se ocupa de la salud en Brasil, su historia y la políticas públicas de sanidad en Brasil; el CAPÍTULO 2 explora el universo de la información y su impacto social; el CAPÍTULO 3 conceptualiza la investigación científica y la producción de conocimiento en materia de salud; el CAPÍTULO 4 estudia los registros médicos y los sistemas de información en salud; el CAPÍTULO 5 presenta la metodología adoptada para la planificación y el desarrollo de la tesis; el CAPÍTULO 6 presenta y analiza los resultados referentes a archivos médicos en hospitales universitarios en Brasil y sus usuarios investigadores; el CAPÍTULO 7 analiza la producción científica en salud en Brasil, con una mirada a las fuentes de información; en las CONCLUSIONES se verifican las hipótesis y se establece una revisión final de cumplimiento de los objetivos propuestos. Se aportan igualmente sugerencias de investigaciones futuras. Al final, se incluyen las referencias utilizadas en la tesis.

PALABRAS CLAVE: SUS; Historia clínica, investigación científica; producción del conocimiento.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
ANS – Agência Nacional de Saúde
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CENEPI – Centro Nacional de Epidemiologia
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COHRED – *Council on Health Research for Development*
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DNV – Declaração de Nascido Vivo
DO – Declaração de Óbito
E-SIC – Serviço Eletrônico de Informação ao Cidadão
HUF – Hospital Universitário Federal
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFES – Instituição Federal de Ensino Superior
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IVH – Índice de Valorização Hospitalar
LAI – Lei de Acesso à Informação
MS – Ministério da Saúde
NBR – Norma Brasileira de Referência
OE – Objetivo Específico
OG – Objetivo Geral
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RIPSA – Rede Interagencial de Informação em Saúde
RNIS – Rede Nacional de Informações em Saúde
SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica
SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIHD – Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos
SIS – Sistema de Informação em Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SNDC – Sistema de Notificação Compulsória de Doença
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SUDS – Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UF – Unidade Federada

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Estrutura do Ministério da Saúde	25
Figura 02: Estrutura da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná	27
Figura 03: Fluxo de Financiamento do SUS	28
Figura 04: Dados de repasse do Fundo Nacional de Saúde	29
Figura 05: Estrutura Decisória do SUS	31
Figura 06: Pirâmide de construção de saberes.	91
Figura 07: Ciclo da informação médica	114
Figura 08: Mapa político com divisão dos estados e regiões	157
Figura 09: Formulário de coleta de dados de publicações	169

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Vínculo institucional do usuário	191
Gráfico 02: Frequência de uso de prontuários	192
Gráfico 03: Frequência de uso de prontuários por tipo de usuário	192
Gráfico 04: Número de prontuários pesquisados	194
Gráfico 05: Número de prontuários pesquisados por tipo de usuário	195
Gráfico 06: Finalidade da consulta a prontuários	197
Gráfico 07: Finalidade da consulta a prontuários por tipo de usuário	198
Gráfico 08: Fontes de dados exploradas	200
Gráfico 09: Fontes de dados exploradas por cada tipo de usuário	201
Gráfico 10: Palavras chave que descrevem o estudo	205
Gráfico 11: Palavras chave que descrevem o estudo por tipo de usuário	207
Gráfico 12: Instrumentos de coleta de dados	208
Gráfico 13: Instrumentos de coleta de dados por tipo de usuário	209
Gráfico 14: Tipo de pesquisa	211
Gráfico 15: Tipo de pesquisa por tipo de usuário	212
Gráfico 16: Abordagem metodológica da pesquisa	214
Gráfico 17: Abordagem metodológica da pesquisa por tipo de usuário	215
Gráfico 18: Divulgação dos resultados da pesquisa	219
Gráfico 19: Divulgação dos resultados da pesquisa por tipo de usuário	220
Gráfico 20: Importância do uso de prontuários	223
Gráfico 21: Importância do uso de prontuários segundo os tipos de usuários	224
Gráfico 22: Titulação dos autores de artigos publicados	235
Gráfico 23: Titulação dos autores de artigos publicados por categoria de periódicos	238
Gráfico 24: Idioma de artigos publicados	240
Gráfico 25: Idioma de artigos publicados em categorias de periódicos	242
Gráfico 26: Palavras-chave empregadas em artigos	246
Gráfico 27: Palavras-chave empregadas em artigos de periódicos internacionais	250
Gráfico 28: Palavras-chave empregadas em artigos de periódicos nacionais	252
Gráfico 29: Palavras-chave empregadas em artigos de periódicos regionais	253

Gráfico 30: Local de aplicação de pesquisas por fonte de informação utilizada .	257
Gráfico 31: Local de aplicação de pesquisas por categoria de periódicos	259
Gráfico 32: Tipos de pesquisa por fonte de informação utilizada	264
Gráfico 33: Tipos de pesquisas desenvolvidas por categoria de periódicos . .	266
Gráfico 34: Abordagem metodológica empregada	268
Gráfico 35: Abordagem metodológica empregada por categoria de periódicos .	269
Gráfico 36: Instrumentos de coleta de dados empregados	271
Gráfico 37: Instrumento de coleta de dados por categoria de periódicos	273
Gráfico 38: Fontes de dados utilizadas em periódicos internacionais	279
Gráfico 39: Fontes correlatas em artigos que usam SAME/SIS em periódicos internacionais	280
Gráfico 40: Fontes de dados em artigos que não usam SAME/SIS em periódicos internacionais	281
Gráfico 41: Fontes de dados utilizadas em periódicos nacionais	282
Gráfico 42: Fontes correlatas em artigos que usam SAME/SIS em periódicos nacionais	283
Gráfico 43: Fontes de dados em artigos que não usam SAME/SIS em periódicos nacionais	284
Gráfico 44: Fontes de dados utilizadas em periódicos regionais	286
Gráfico 45: Fontes correlatas em artigos que usam SAME/SIS em periódicos regionais	287
Gráfico 46: Fontes correlatas em artigos que não usam SAME/SIS em periódicos regionais	288
Gráfico 47: Fontes de informação em pesquisas por categoria de periódico . .	290
Gráfico 48: Fontes de informação correlatas em pesquisas que usam SAME/SIS	291
Gráfico 49: Fontes de informação em pesquisas que não usam SAME/SIS . . .	292
Gráfico 50: Fontes de informação usadas em pesquisas publicadas no Brasil – Total	293
Gráfico 51: Titulação dos autores de artigos publicados por categoria de periódicos	294

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Sistema público de saúde no Brasil.	20
Quadro 02: Comparação entre dado, informação e conhecimento.	41
Quadro 03: Descrição dos principais SIS brasileiros.	122
Quadro 04: Dados disponíveis pelo SINASC.	128
Quadro 05: Resumo da evolução do SIHD.	133
Quadro 06: Evolução da vigilância sanitária no Brasil.	138
Quadro 07: Descrição da DO vigente.	143
Quadro 08: Distribuição dos hospitais universitários federais no Brasil.	158
Quadro 09: Amostra dos HUF's brasileiros.	161
Quadro 10: Proporções da amostra.	164
Quadro 11: Questionário aos usuários dos arquivos médicos.	166
Quadro 12: Cronograma de desenvolvimento da pesquisa.	171
Quadro 13: Resumo de dados dos arquivos médicos de HUF's.	185
Quadro 14: Vínculo institucional do usuário.	190
Quadro 15: Frequência de uso de prontuários.	191
Quadro 16: Número de prontuários pesquisados.	193
Quadro 17: Finalidade da consulta a prontuários.	196
Quadro 18: Fontes de dados exploradas.	199
Quadro 19: Características dos tipos de usuários.	202
Quadro 20: Palavras chave que descrevem o estudo.	204
Quadro 21: Instrumentos de coleta de dados.	208
Quadro 22: Tipo de pesquisa.	210
Quadro 23: Abordagem metodológica da pesquisa.	213
Quadro 24: Metodologias aplicadas por cada tipo de usuário.	216
Quadro 25: Divulgação dos resultados da pesquisa.	218
Quadro 26: Importância do uso de prontuários.	222
Quadro 27: Titulação dos autores.	235
Quadro 28: Titulação dos autores em categorias de periódicos.	237
Quadro 29: Idioma de publicação.	239
Quadro 30: Idioma de artigos publicados em categorias de periódicos.	241

Quadro 31: Palavras-chave empregadas em artigos.	244
Quadro 32: Palavras-chave empregadas em artigos por categoria de periódicos.	248
Quadro 33: Local de aplicação dos estudos.	256
Quadro 34: Local de aplicação de pesquisas por categoria de periódicos. . . .	258
Quadro 35: Perfis das publicações.	261
Quadro 36: Tipos de pesquisas.	264
Quadro 37: Tipos de pesquisas desenvolvidas por categoria de periódicos. . . .	265
Quadro 38: Abordagem metodológica empregada.	267
Quadro 39: Abordagem metodológica empregada por categoria de periódicos. .	268
Quadro 40: Instrumentos de coleta de dados empregados.	271
Quadro 41: Instrumento de coleta de dados por categoria de periódicos. . . .	272
Quadro 42: Aspectos metodológicos das publicações.	274
Quadro 43: Razão entre número de fontes por artigos publicados.	277
Quadro 44: Fontes de dados utilizadas em periódicos internacionais.	278
Quadro 45: Fontes de dados utilizadas em periódicos nacionais.	282
Quadro 46: Fontes de dados utilizadas em periódicos regionais.	285
Quadro 47: Fontes de informação usadas em pesquisas publicadas no brasil. . .	289

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.	01
Justificativa	04
Delineamento de hipóteses	06
Objetivos da pesquisa	07
Estrutura da tese	09
1 A SAÚDE NO BRASIL	13
1.1 A era pré-SUS	17
1.2 O Sistema Único de Saúde	21
1.3 A tomada de decisões no SUS	30
2 A INFORMAÇÃO E SEU IMPACTO SOCIAL	35
2.1 Conceitos básicos	39
2.2 Informação como um direito	42
2.3 O tratamento da informação e as questões de acesso	45
2.3.1 Informação e arquivo	45
2.3.2 A gestão da informação e do conhecimento	52
2.3.3 A Lei de Acesso à Informação no Brasil	60
2.4 A informação como elemento transformador e libertador	65
2.5 <i>Accountability</i>	71
2.6 A informação em saúde e o controle social	78
3 A PESQUISA CIENTÍFICA E A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO	85
3.1 O conhecimento	89
3.2 A pesquisa científica	92
3.3 O conhecimento científico	94
3.4 A pesquisa em saúde	95

4 OS ARQUIVOS MÉDICOS E OS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE	103
4.1 O prontuário de paciente	109
4.2 Os arquivos médicos como fonte de informação	115
4.3 Os Sistemas de Informação em Saúde no Brasil	119
4.3.1 O DATASUS – Departamento de Informática do SUS	123
4.3.2 O SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos	126
4.3.3 O SIHD – Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado	130
4.3.4 O SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação	135
4.3.5 O SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade	140
5 METODOLOGIA	147
5.1 Abordagem Metodológica	151
5.2 Procedimentos metodológicos	153
5.2.1 Primeira etapa: estudo teórico	154
5.2.2 Segunda etapa: os arquivos médicos	156
5.2.3 Terceira etapa: a produção científica em saúde	168
5.3 Cronograma	171
6 OS ARQUIVOS MÉDICOS EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS NO BRASIL	175
6.1 As fontes de informação e seus usos em pesquisas	179
6.1.1 Os Arquivos Médicos	180
6.1.2 As pesquisas em HUF's	186
6.2 Usos e usuários de arquivos médicos	189
6.2.1 Os usuários	189
6.2.2 As pesquisas	203
6.2.3 A relevância das pesquisas e a comunicação dos resultados	217

7 A PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE NO BRASIL: UM OLHAR SOBRE AS FONTES DE INFORMAÇÃO . . .	229
7.1 Perfil dos artigos publicados	234
7.1.1 Titulação dos autores	234
7.1.2 Idiomas de publicação	239
7.1.3 Palavras-chave empregadas	242
7.1.4 Locais de realização das pesquisas.	255
7.1.5 Visão geral dos perfis das publicações	260
7.2 Aspectos metodológicos dos artigos publicados	263
7.2.1 Classificação das pesquisas	263
7.2.2 Abordagens metodológicas utilizadas	267
7.2.3 Instrumentos de coleta de dados aplicados	270
7.2.4 Resumo dos aspectos metodológicos de publicações no Brasil	273
7.3 Fontes de informação utilizadas pelas pesquisas publicadas	276
7.3.1 Em periódicos de abrangência internacional	277
7.3.2 Em periódicos de abrangência nacional	281
7.3.3 Em periódicos de abrangência regional	285
7.3.4 Análise do uso de fontes de informação usadas em pesquisas publicadas	288
 8 CONCLUSÕES	 297
8.1 Avaliação das hipóteses	301
8.2 Alcance dos objetivos propostos	304
8.3 Estudos Futuros	308
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 311

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A transparência administrativa é um dos principais atributos de uma sociedade democrática. Tal requisito implica obrigatoriamente que o estado precisa divulgar amplamente suas ações, salvo aquelas cujo conhecimento público possa pôr em risco sua segurança, ou de seus cidadãos.

Os arquivos de instituições públicas estão repletos de documentos resultantes das ações governamentais em todos os âmbitos. Estes, por sua vez, possuem as informações que refletem o modo de agir de cada governo a seu tempo, e que são de interesse público, devendo estar sempre organizados e disponíveis a quem tiver interesse.

O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) possui uma estrutura que serve de inspiração para muitos países. Segundo seus princípios, todo cidadão tem direito à atenção no que diz respeito ao seu bem estar: universalidade, equidade e integralidade.

Através do SUS, toda a população nacional, independentemente de sua condição social, tem direito a atendimento gratuito em instituições de saúde da rede pública ou complementar de saúde, em todo território nacional (princípio da universalidade); cada um de acordo com suas necessidades (princípio da equidade); isso tudo levando em consideração a totalidade do ser, não apenas o problema de saúde apresentado no momento da consulta, mas incluindo também todo tipo de doenças e agravos independente da sua complexidade (princípio da integralidade).

Todas as atividades humanas produzem dados registrados, documentados. As ações de atenção à saúde da população não são diferentes, cada atendimento a paciente em cada unidade faz com que sejam produzidas fichas de atendimento, evoluções, anamneses, receituários, atestados, etc. Os dados contidos nestes e em outros documentos da mesma natureza,

isoladamente, podem não possuir muita relevância, mas quando fazem parte de um prontuário médico, e estes de um arquivo médico de uma instituição de saúde, constituem uma fonte de informação com possibilidades ilimitadas.

O acesso às informações, sua estruturação e análise por meio de pesquisas científicas, produzem novos conhecimentos, que disseminados potencializam a capacidade que a informação possui de munir o ator social de argumentos para defender causas, ou ações que crê necessárias para sua comunidade. Quer dizer: quanto mais conhecimento de causa possui o agente, mais poder de convencimento ele terá no momento em que são discutidas as políticas de saúde.

Os arquivos médicos dos hospitais de uma cidade ou região possuem dados estruturados e organizados que refletem a realidade da saúde da sua população. O acesso a essas informações pode possuir distintas finalidades, desde o acompanhamento do paciente, à prestação de contas dos custos de tratamentos, até a elaboração de complexos levantamentos epidemiológicos e outras pesquisas científicas de naturezas diversas.

A política de informação e comunicação do SUS é baseada na transparência. O usuário do Sistema é também ator participante da sua gestão, ou seja, a descentralização do poder e a democratização da gestão são premissas básicas do sistema de saúde brasileiro. O grau de esclarecimento acerca do tema saúde interfere no poder de cada participante da população no processo de tomada de decisões. Desta forma, o acesso à informação é crucial para o efetivo exercício do controle social.

De acordo com Veiga (2006) o arquivo é o responsável pelos estoques informacionais da administração pública. Ele deve, por obrigação legal, prover o acesso às informações armazenadas, observadas as questões legais. Mas os esforços dos profissionais em promover essa acessibilidade esbarram, quase sempre, na falta de uma política pública efetiva, quando o assunto é dispor estes registros.

Justificativa

Para que o processo de transparência ocorra, é necessário que constantemente sejam efetuadas ações de gestão dos documentos e informações geradas pelas instituições públicas em todas as esferas governamentais. Ou seja, como alerta Roedel (2005) ao afirmar que os documentos, para atingir seu objetivo de informar, precisam ser dotados de significado, organizados e principalmente, comunicados.

O acesso a informações pode ocorrer por diferentes motivos: da necessidade ou curiosidade do cidadão que vai em busca daquilo que deseja saber, ou do interesse do próprio governo em se fazer transparente, divulgando através dos meios de comunicação, informações sobre suas ações que julguem de interesse e utilidade pública.

A exigência de acesso às informações caracteriza o pleno exercício da cidadania na sociedade do conhecimento, como evolução do momento anterior, que era o de gerar informação em profusão. No processo atual, implantar condições para que o acesso às informações se realize efetivamente, é o avanço buscado pelos cidadãos conscientes.

Se por um lado, o cidadão tem direito a receber informações de seu interesse, por outro lado, o estado tem o dever de, sempre que não infrinja as leis de sigilo, prestar contas de forma clara e objetiva ao povo. O princípio do *accountability*, ou responsabilização (que não traduz de forma eficiente o verdadeiro sentido do termo original em inglês), explica justamente a obrigação de prestação de contas que o Estado tem para com o povo, o seu exercício indica a distância existente entre governo e governados e a possibilidade de participação ou controle social nas tomadas de decisões. Ele permite que o cidadão possa conferir se a vontade coletiva está sendo atendida pelas ações do estado.

O desenvolvimento social depende cada vez mais do acesso a novos conhecimentos. A pesquisa científica atua como agente criador de conhecimento com base em informações registradas. Essas informações podem estar contidas em diferentes suportes e tipos documentais. O objeto desta pesquisa é a informação contida em documentos componentes dos prontuários de pacientes sob guarda de arquivos médicos em hospitais brasileiros integrantes do SUS, bem como aquelas contidas em Sistemas de Informação em Saúde do Brasil.

Neste sentido, o presente estudo tem como tema central, a produção do conhecimento baseado em informações arquivísticas. É importante destacar alguns delineamentos deste tema, ou seja, em primeiro lugar, tratou-se especificamente do conhecimento produzido por pesquisas científicas na área da saúde, em segundo, as informações arquivísticas consideradas objeto da presente investigação, são aquelas contidas em Arquivos Médicos de instituições de saúde do Brasil, assim como aquelas gerenciadas pelos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) brasileiros.

A motivação por este tema vem, principalmente, da experiência do autor com os arquivos médicos, pela necessidade de explorar e melhor entender este universo de informações, para que elas possam ser usadas o mais amplamente possível. Constitui-se problema desta pesquisa a seguinte interrogativa: Qual a contribuição dos arquivos médicos e dos SIS na produção do conhecimento na área da saúde no Brasil?

Ao levantar a questão do uso dos arquivos médicos em pesquisas, espera-se abrir os olhos dos arquivistas e da sociedade para os arquivos de instituições de saúde, os quais andam relegados, subvalorizados no Brasil, carentes de políticas arquivísticas como um todo, mas principalmente de políticas de difusão, com as quais haveria uma ampliação da procura e uso deste arsenal informacional pelas academias e pela população em geral. Trata-se também da questão da dualidade acesso e sigilo nos arquivos públicos,

especialmente de instituições de saúde, como é o caso dos arquivos dos hospitais universitários públicos brasileiros.

Acredita-se que, pelo fato de o tema ser pouco conhecido, e pelo fato de não haver muita bibliografia específica relacionando o controle social nos sistemas públicos de saúde e os arquivos de instituições de saúde, este trabalho, assim como trabalhos futuros, abrirão novos horizontes para profissionais da informação e de ciências da saúde.

Delineamento de hipóteses

Como ponto de partida para a construção da pesquisa, e baseando-se no conhecimento empírico do autor a respeito do universo a ser pesquisado, foram elaboradas algumas hipóteses que serviram para nortear a escolha de abordagens e procedimentos metodológicos no desenvolvimento do estudo. Estas são as principais hipóteses levantadas:

- 1) Os arquivos médicos são usados apenas para pesquisas na área da saúde.
- 2) As pesquisas realizadas em arquivos médicos não ganham ampla divulgação, restringindo-se ao meio acadêmico.
- 3) O uso de informações arquivísticas em pesquisas científicas é majoritariamente realizado por estudantes e profissionais da saúde.
- 4) As pesquisas de que trata este estudo, possuem, em sua grande maioria, abordagens quantitativas.
- 5) Os pesquisadores que usam os arquivos médicos, usam também dados dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS).
- 6) O uso de informações de arquivos médicos pressupõe submissão a Comitês de Ética em Pesquisa, visto que são dotadas de algum grau de sigilo.

- 7) Os arquivos médicos possuem um potencial muito além do explorado atualmente.

Objetivos da pesquisa

Com a finalidade de dar resposta ao questionamento apresentado, bem como confirmar ou refutar as hipóteses levantadas, a presente pesquisa tem como **Objetivo Geral (OG)**:

- **OG** - Analisar o contexto de construção do conhecimento por meio de pesquisas científicas na área da saúde no Brasil.

Reconhecendo a amplitude do objetivo ora descrito, e para racionalizar seu cumprimento, desdobrou-se o mesmo nos seguintes **Objetivos Específicos (OE)**:

- **OE1** – Conhecer o sistema de saúde pública do Brasil, o SUS, sua origem histórica, seus princípios filosóficos, bem como o modelo de gestão, financiamento e processos de tomada de decisões adotados por ele;
- **OE2** – Analisar os diferentes aspectos que envolvem o termo informação, como o tratamento, o direito ao acesso e os usos, assim como a transparência na administração pública e a informação como elemento fundamental ao exercício da cidadania.
- **OE3** – Explorar o universo da produção do conhecimento científico, analisando conceitos de conhecimento, pesquisa e ciência, além de contextualizar a realidade da pesquisa científica na área das ciências da saúde.
- **OE4** – Analisar o contexto das fontes de informação em saúde no Brasil, especificamente aquelas que se encontram custodiadas por Arquivos Médicos.

- **OE5** – Identificar e analisar o perfil da produção científica brasileira na área da saúde nos últimos anos.

Esta pesquisa utilizou-se das mais diversas fontes: inicialmente foi feito estudo bibliográfico acerca do tema estudado, bem como sobre a metodologia a ser empregada para atingir cada objetivo específico delineado.

A primeira etapa de coleta de dados deu-se com seleção e análise de periódicos da área da saúde a fim de identificar indicadores da produção científica da área: para tal foi realizada a coleta manual dos dados dos artigos publicados, e posterior tabulação com auxílio de planilha eletrônica; a segunda, consistiu em investigar as instituições de saúde que compunham a amostra da pesquisa, procurando elaborar um perfil dos arquivos médicos de hospitais universitários federais brasileiros, bem como as rotinas que envolvem o uso de prontuários de pacientes em pesquisas científicas realizadas nestas instituições, para isso, foi necessário utilizar o Serviço Eletrônico de Informação ao Cidadão (e-SIC), criado pela Lei de Acesso à Informação (Lei 12. de 2011).

Por fim, usou-se os pesquisadores acima mencionados como fonte de informação, para que fosse possível identificar as rotinas e métodos envolvidos no uso de prontuários em investigações; para esta coleta, os arquivos médicos das instituições auxiliaram na comunicação do instrumento de coleta entre seus usuários, que receberam um questionário eletrônico com questões fechadas.

Os maiores obstáculos enfrentados no desenvolvimento desta pesquisa foram referentes à coleta de dados das instituições de saúde que compunham a amostra, ou seja, os hospitais universitários federais. Foram necessárias várias tentativas de contato por e-mail e por telefone, sendo inviável o contato pessoal, tendo em vista a enorme distância geográfica entre estes sujeitos. Não havendo resultado satisfatório, optou-se por utilizar uma ferramenta criada pela Lei de Acesso à Informação, tendo, assim, uma garantia de retorno aos questionamentos feitos.

Para a concepção e planejamento da pesquisa aqui relatada utilizou-se principalmente os pressupostos metodológicos defendidos por Gil (2002). Para a apresentação e redação desta tese, utilizou-se a norma ABNT-NBR 14724 (2002) para apresentação gráfica de trabalhos acadêmicos, dissertações e teses, assim como a NBR 10520 (2002) para apresentação de citações em documentos, a NBR 6024 (2002) para divisão e numeração de seções e subseções e a NBR 6023 (2002) para a elaboração e apresentação de referências bibliográficas.

Com a realização desta pesquisa esperou-se chamar a atenção da importância dos arquivos médicos, não somente para as rotinas burocráticas e de atenção à saúde, mas principalmente para o valor das informações únicas neles contidas e suas possibilidades de uso em prol do avanço da ciência em suas várias áreas de conhecimento.

Estrutura da tese

Quanto à redação desta tese, adotou-se o esquema de capítulos numerados sequencialmente, que, embora não estejam divididos em grupos, podem denotar uma clara divisão do texto em duas partes: a primeira de cunho essencialmente teórico, a segunda aborda a parte prática da pesquisa. A primeira parte destina-se a analisar o estado da arte, construindo a base literária para a posterior análise dos dados coletados da pesquisa, e compõe-se dos seguintes capítulos:

- **INTRODUÇÃO:** define o tema pesquisado, bem como suas delimitações, a questão problema que norteia o estudo, reflexões sobre o caráter inovador, a relevância e a justificativa da pesquisa, hipóteses, objetivos e apresentação da estrutura do texto final da tese;

- CAPÍTULO 1 – A saúde no Brasil: conta brevemente a história das políticas públicas de sanidade, com enfoque principal na criação e evolução do SUS;
- CAPÍTULO 2 – A informação e seu impacto social: são conceituados e explorados os termos que envolvem a informação e seu acesso;
- CAPÍTULO 3 – A pesquisa científica e a produção do conhecimento: aborda o universo da ciência, especialmente o desenvolvimento científico na área da saúde;
- CAPÍTULO 4 – Os Arquivos Médicos e os Sistemas de Informação em Saúde: são contextualizadas as fontes de informação em saúde, que são objeto deste estudo, ou seja, os arquivos e os prontuários de pacientes como o suporte tradicional e fonte primária da informação, assim como são apresentadas as principais fontes de informação em suporte digital, sendo alguns dos Sistemas de Informação em Saúde, constituindo fontes secundárias.

A segunda parte do texto destina-se ao desenvolvimento propriamente dito da pesquisa, abordando a metodologia utilizada e principalmente a apresentação, revisão e discussão dos resultados obtidos, compondo-se dos seguintes capítulos:

- CAPÍTULO 5 – Metodologia: define a abordagem metodológica de acordo com a qual a pesquisa foi desenvolvida, bem como os procedimentos metodológicos adotados para atingir cada objetivo proposto, o cronograma e os recursos de execução da mesma;
- CAPÍTULO 6 – Os Arquivos Médicos em Hospitais Universitários no Brasil: diagnóstico das unidades responsáveis pela gestão dos prontuários de pacientes, especificamente aqueles contidos em Hospitais Universitários, de universidades públicas federais brasileiras;

- CAPÍTULO 7 – A produção científica em saúde no Brasil - um olhar sobre as fontes de informação: análise de artigos publicados em periódicos internacionais, nacionais e regionais, com enfoque sobre as diversas fontes de informações exploradas pelos pesquisadores autores dos trabalhos científicos publicados;
- CONCLUSÕES: revisão final do cumprimento dos objetivos propostos e análise das hipóteses confrontadas com os dados obtidos e com os aspectos teóricos construídos ao longo do texto.
- Ao final ainda apresenta-se o referencial bibliográfico utilizado no desenvolvimento da investigação.

CAPÍTULO 1
A SAÚDE NO BRASIL

ESQUEMA DO CAPÍTULO

OBJETIVO DO CAPÍTULO

1 A SAÚDE NO BRASIL

1.1 A era pré-SUS

1.2 O Sistema Único de Saúde

1.3 A tomada de decisões no SUS

RESUMO DO CAPÍTULO

OBJETIVO DO CAPÍTULO

Conhecer o sistema de saúde pública do Brasil, ou seja, o Sistema Único de Saúde – SUS, sua origem histórica, seus princípios filosóficos, bem como o modelo de gestão e processos de tomada de decisões adotados por ele.

*São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho,
a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à
maternidade e à infância, a assistência aos desamparados,
na forma desta Constituição.*

(CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988, Art. 6º)

1 A SAÚDE NO BRASIL

O Brasil organiza-se em um sistema político federativo constituído por três esferas de governo: união, estados e municípios; todas com autonomia administrativa, o que é adequado a um país que se caracteriza pela sua grande diversidade política, econômica, cultural, religiosa e social.

Porém, de acordo com Souza (2002, p. 9), esse modelo político torna mais dedicada a implantação de políticas sociais de abrangência nacional, “particularmente nos casos em que a situação de diversidade diz respeito à existência de marcantes desigualdades e exclusão social, como no Brasil”. O mesmo autor ainda afirma que casos como estes requerem a explicitação das funções das diferentes esferas do governo, bem como seus respectivos mecanismos, tendo em vista uma lógica de cooperação e complementação.

Este capítulo traz um apanhado geral sobre a saúde pública no Brasil, abordando principalmente como era a saúde neste país antes da criação do Sistema Único de Saúde, bem como os principais avanços na direção da criação deste sistema, seus principais princípios, estrutura e modelos de tomada de decisões.

1.1 A era pré-SUS

A atuação do Ministério da Saúde, antes da criação do SUS, restringia-se a ações de prevenção de doenças, com o apoio dos estados e municípios, destacando-se as campanhas de vacinação e o controle de endemias, que eram desenvolvidas em caráter universal, sem distinções da população afetada.

Outra frente de ação se dava por meio de alguns poucos hospitais especializados nas áreas de psiquiatria e tuberculose. Souza (2002) explica que esta assistência era prestada por instituições de caráter filantrópico, apenas a uma “parcela da população definida como indigente”, a qual não possuía nenhum direito, e que recebia esta atenção na condição de caridade, favor.

O restante da população, assalariada e pagadora de impostos, era atendida através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que posteriormente, durante o regime militar, passaria a denominar-se Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ambos vinculados ao Ministério da Previdência Social.

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, o CONASS (2003), o INAMPS não possuía caráter universal, prestando assistência à saúde apenas de seus associados (aqueles que contribuía com a previdência social) e dependentes. Assim mesmo, era necessária a construção de grandes unidades de atendimento e contratação de serviços.

Apesar da aparente eficiência do INAMPS, ele sempre foi duramente criticado, pois, como nos aponta Rodrigues Filho (1983), tratava-se de um instituto que não usava os recursos públicos de forma equitativa e eficiente, ou seja, havia mais aplicação de recursos nos estados mais ricos, não naqueles que mais necessitavam. Além do problema descrito, que era explícito, este e outros autores da época denunciam várias irregularidades e suspeitas de desvios de verbas, o que retrata um sistema de gestão que favorecia a corrupção.

Em meados dos anos 1970, como oposição técnica e política ao regime militar, o movimento da Reforma Sanitária nasceu no meio acadêmico, sendo abraçado por outros setores da sociedade e pelo partido de oposição da época. Este movimento, de acordo com Santos (2009) integrou um leque social mais amplo, o das lutas pelas liberdades democráticas e do movimento sindical

que se rearticulava, acrescidos, a seguir, dos movimentos sociais que pressionavam a Assembleia Nacional Constituinte.

No mesmo período, com a crise de financiamento da previdência, o INAMPS começa a racionalizar despesas e a utilizar serviços do setor público por meio de convênios, passando a dar assistência também aos trabalhadores rurais, o que para Souza (2002), significou uma grande melhoria nas condições de acesso à saúde.

Existiu, paralelamente ao INAMPS, o Sistema Nacional de Saúde (SNS), entre 1975 e 1986, de acordo com Andrade (2000), esta organização apresentava fortes características centralizadoras no nível federal, além de uma nítida controvérsia no que dizia respeito às ações coletivas, de competência do Ministério da Saúde, e as individuais, de competência do Ministério da Previdência e Assistência Social, o que impedia a existência de um comando único. O SNS foi duramente criticado tanto por setores acadêmicos, como universidades e faculdades de ciências da saúde, como por setores da sociedade civil.

Somente na década de 1980, por meio de convênios com os governos estaduais e com a implantação do Sistema Unificado de Descentralização da Saúde (SUDS), o INAMPS passa a ter uma cobertura mais universal, atendendo também àqueles que não possuíam a Carteira de Segurado. A principal inovação do SUDS foi implementar uma estrutura realmente sistêmica, além de trazer a debate questões como integração, hierarquização, regionalização, e a própria descentralização; numa tentativa de maior racionalização do sistema de saúde. Este contexto aponta para a criação de um sistema de saúde descentralizado e com cobertura universal.

A Constituição Federal de 1988 define uma nova dimensão no conceito de saúde. Em seu artigo 196, define que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas [...] de acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Já o artigo 198 afirma que as ações e serviços públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único organizado de acordo com determinadas diretrizes: a descentralização, atendimento integral, e participação da comunidade.

A história da saúde brasileira, cujo resumo se apresenta no Quadro 01, confunde-se com a própria história do país, ou seja, as diferentes formas de pensar e agir ao longo do tempo foram moldando o que hoje é conhecido como Sistema Único de Saúde.

Nome	Início	Características	Órgão Financiador	População atendida
---	---	Sistema não estruturado/ articulado, ações isoladas	Instituições filantrópicas	“Indigentes”, pessoas sem recursos
INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social)	1974 Lei 6.025	Assistência exclusivista, e apenas de caráter curativo; centralização do poder; as regiões mais ricas recebiam mais recursos;	Instituto Nacional da Previdência Social -	Apenas aquelas pessoas que possuíam trabalho formal e contribuíam com a previdência (e seus dependentes)
SNS (Sistema Nacional de Saúde)	1975 Lei 6.229	Existiu paralelo ao INAMPS, porém com políticas de caráter coletivo e estritamente preventivas	Ministério da saúde	Toda a população de forma generalista.
SUDS (Sistema Unificado de descentralização de Saúde)	1986 Decreto 94.657	As mesmas do INAMPS, porém com uma incipiente tentativa de descentralização do poder.	Ministério da Saúde/Ministério da Previdência e Assistência Social	Todo cidadão cadastrado
SUS (Sistema Único de Saúde)	1990 Lei 8.080	Universalidade; Equidade; Integralidade; Descentralização do poder; Participação social.	Ministério da Saúde/ Secretarias de Saúde.	Todo cidadão Brasileiro independentemente e de sua condição social

Quadro 01: Sistema público de saúde no Brasil
Fonte: O autor

O Quadro 01 apresenta resumidamente a história da saúde pública no Brasil, este modelo estruturado pretende facilitar a compreensão da evolução dos sistemas de atenção à saúde coletiva. Para tanto, referente à instituição sanitária, apresenta-se o seu nome (sigla e por extenso) a data de início das atividades, com o respectivo ato legal de criação, suas características básicas, o órgão governamental responsável pelo seu financiamento e a população por ele atendida.

1.2 O Sistema Único de Saúde

Souza (2002) afirma que um passo decisivo para o cumprimento das determinações constitucionais de construção do SUS foi a publicação do decreto n.º 99.060, de 07 de março de 1990, que transfere o INAMPS do Ministério da Previdência para o da Saúde.

Definições mais específicas só ocorreram meses depois com a publicação da Lei n.º 8.080 em setembro de 1990, que instituiu o SUS com comando único em cada esfera governamental e definiu o Ministério da Saúde como o gestor no âmbito da União.

Dentre outras disposições, a Lei n.º 8.080/1990 determina que, como aponta o CONASS (2003), as ações e serviços integrantes do SUS seriam desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas pelo Artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo a princípios organizativos e doutrinários: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência, integridade de assistência, equidade quanto à distribuição dos recursos (de acordo com as necessidades), descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo, participação das comunidades na tomada de decisões, regionalização e hierarquização, e conjugação de recursos da União, dos estados e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde.

O SUS é regido por seis princípios ideológicos ou doutrinários e organizacionais, que, de acordo com o Ministério da Saúde (2000) podem ser resumidos da seguinte forma:

1. Universalidade: a saúde é um direito de todos e é dever do Poder Público, porém este princípio não preconiza somente a garantia imediata de acesso às ações e aos serviços de saúde, mas apresenta o desafio de oferta destes a todos que necessitarem, dando especial ênfase às ações preventivas a fim de reduzir ao máximo o tratamento de agravos.

2. Integralidade: a atenção à saúde inclui tanto ações preventivas quanto curativas; tanto individuais, quanto coletivas. Em outras palavras, a cada qual de acordo com as suas necessidades, inclusive no que tange níveis de complexidade diferenciados. As necessidades de saúde das pessoas ou dos grupos de pessoas devem sempre ser levadas em consideração mesmo que não coincidam com as da maioria.

3. Equidade: é preciso reduzir as disparidades sociais e regionais, buscando um equilíbrio. Todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde, apesar do fato de as necessidades de saúde variam no Brasil. Desta forma os recursos são distribuídos de acordo com as necessidades de cada região.

4. Regionalização e hierarquização: os serviços de saúde são divididos em níveis (baixa complexidade, média complexidade e alta complexidade). Em linhas gerais, o nível primário ou de baixa complexidade deve ser oferecido diretamente à população, enquanto os demais apenas serão utilizados quando necessários (com encaminhamento das unidades de atenção primária). Cada serviço de saúde tem uma área de abrangência de acordo com esse nível de complexidade, assim, serviços de baixa

complexidade, por terem uma procura maior, têm áreas de abrangência (geográfica) menores (várias unidades de atenção em cada município), já os serviços de maior complexidade (média ou alta) são menos numerosos, podendo ter sua área de abrangência mais ampla (normalmente hospitais regionais). A aplicação deste princípio é facilitada pela possibilidade de formação de consórcios entre as diferentes esferas de poder (municípios, estados e a União).

5. Descentralização político-administrativa: o SUS existe em três níveis ou esferas: nacional, estadual e municipal, cada uma com comandos únicos e atribuições próprias. Trata-se da descentralização não somente das ações de saúde, mas também a participação social no processo de definição de prioridades, o que reduz o desperdício, inibe a fraude e aproxima os cidadãos dos gestores.

6. Controle social: este princípio define basicamente que os usuários participam da gestão do SUS através das Conferências de Saúde que ocorrem a cada quatro anos em todas as esferas governamentais, e através dos Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados que também atuam em todos os níveis (federal, estadual e municipal), e nos quais os usuários possuem a metade das vagas, os gestores um quarto e os profissionais da saúde outro quarto. A obrigatoriedade da formação e funcionamento dos conselhos tem impulsionado cada vez mais a sociedade a participar ativamente das decisões tomadas no que diz respeito ao sistema de saúde. Isso implica dizer que os usuários do sistema tem papel crucial levando às discussões as necessidades de suas comunidades.

O INAMPS, vinculado ao Ministério da Saúde, seguiu participando de modo significativo do financiamento dos serviços de assistência no novo

sistema de saúde, sendo extinto somente em 27 de julho de 1993, com a publicação da Lei n.º 8.689, cujo artigo primeiro define que as suas funções, competências, atividades e atribuições “serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições” das leis que o regulamentam, ou seja, Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde.

A partir destas e de outras definições legais, se iniciou o processo de implantação do SUS, sempre de uma forma negociada com as representações dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde. De acordo com o CONASS (2003), esse processo tem sido orientado pelas Normas Operacionais do SUS, instituídas por meio de portarias ministeriais. Estas normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir as novas posições no processo de implantação do SUS.

À frente das ações de implantação e manutenção do SUS está o Ministério da Saúde ou MS, que tem a função de oferecer condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população. Dito de outra forma, de acordo com o Portal da Saúde (2014) do Ministério da Saúde, suas competências são: a política nacional de saúde, a coordenação e fiscalização do SUS, a saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios, promover a comunicação de informações de saúde, prover insumos críticos para a saúde, promover ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos, a vigilância de saúde, especialmente drogas, medicamentos e alimentos, e a pesquisa científica e tecnologia na área de saúde.

Ainda de acordo com o Portal da Saúde (2014), e como pode ser visto na Figura 01, a estrutura central do MS é composta, além do Gabinete do Ministro e da Consultoria Jurídica, a qual atua como assessora direta do ministro,

por sete secretarias, que são as operadoras das atividades fim do órgão, incluem-se a Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Secretaria de Vigilância em Saúde e Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.

Além desta estrutura central, o MS conta com órgãos colegiados permanentes e deliberativos sobre temas relacionados à saúde, reunindo representantes do governo com os prestadores de serviços, profissionais e usuários do SUS, são estes o Conselho Nacional de Saúde e o Conselho de Saúde Suplementar. O MS possui ainda unidades vinculadas, que apesar de não fazerem parte de sua estrutura central, atuam em complementarmente e alinhadas às políticas prioritárias definidas: incluem-se as fundações públicas, as autarquias, as empresas públicas e as sociedades de economia mista.

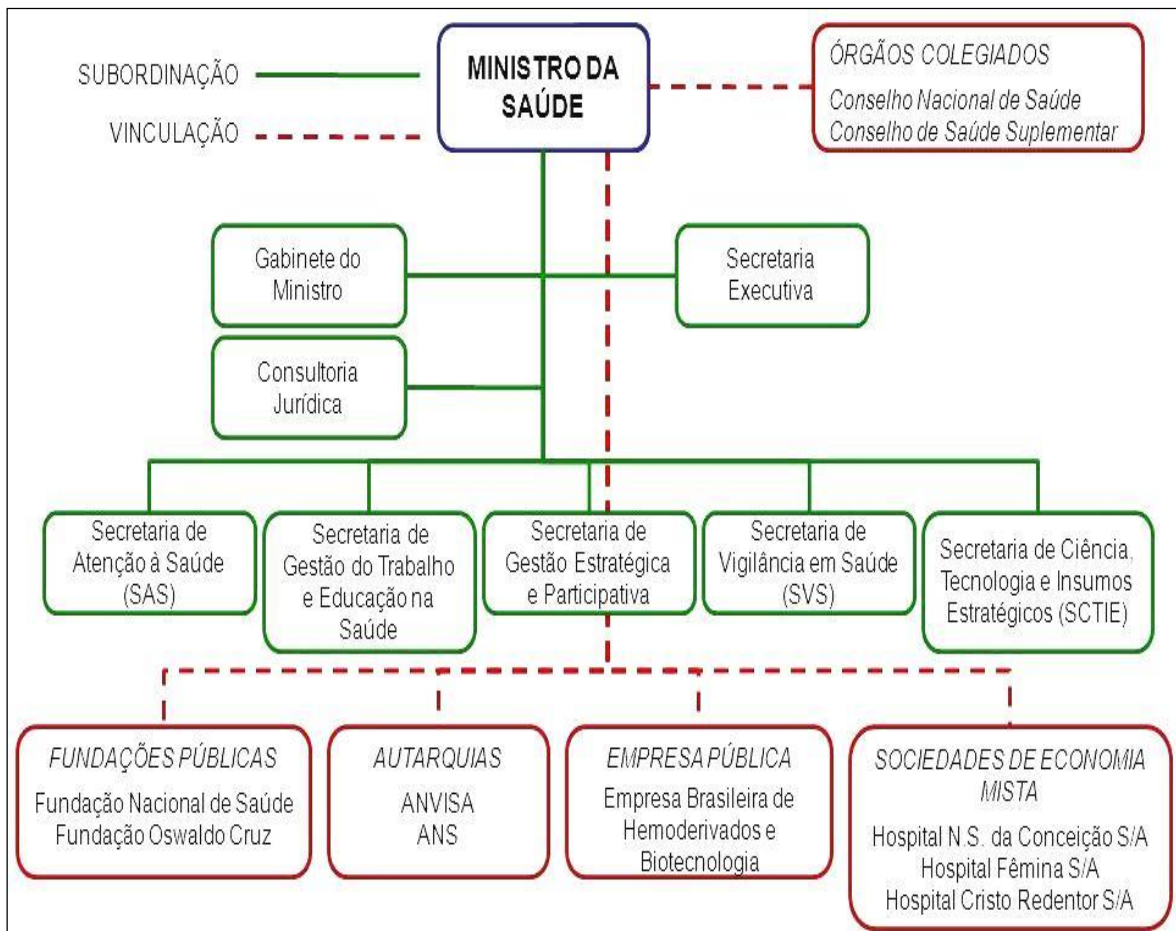


Figura 01: Estrutura do Ministério da Saúde
 Fonte: Ministério da Saúde

A estrutura representada na Figura 01 reflete o sistema apenas na esfera mais alta, na esfera nacional, isso significa que outras estruturas semelhantes se repetem nas outras esferas: estados e municípios, cada qual com sua particularidade. Ou seja, a estrutura da saúde pública no Brasil conta também com atuação das Secretarias Estaduais e municipais de saúde.

A descentralização garante o respeito aos princípios do SUS, que apontam para a democratização nos serviços de saúde, que deixam de ser restritos e passam a ser universais, com os estados e municípios “assumindo suas responsabilidades e prerrogativas diante do SUS, bem como desenvolvendo ações que deem prioridade à prevenção e à promoção da saúde” (Portal da Saúde, 2014). Um exemplo destas estruturas é a Secretaria de Saúde do Paraná (um dos estados da federação) ilustrada na Figura 02.

A implantação e o aperfeiçoamento do SUS ao longo dos anos deu-se por meio de Normas Operacionais editadas pelo Ministério da Saúde. De acordo com o CONASS (2003), as Normas Operacionais definem critérios para que estados e municípios voluntariamente se habilitem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde. A habilitação é condicionada ao cumprimento de uma série de requisitos e ao compromisso de assumir um conjunto de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde. Todas as decisões sobre medidas para a implantação do SUS têm sido sistematicamente discutidas ao longo dos últimos anos a fim de se alcançar o pleno funcionamento do SUS.

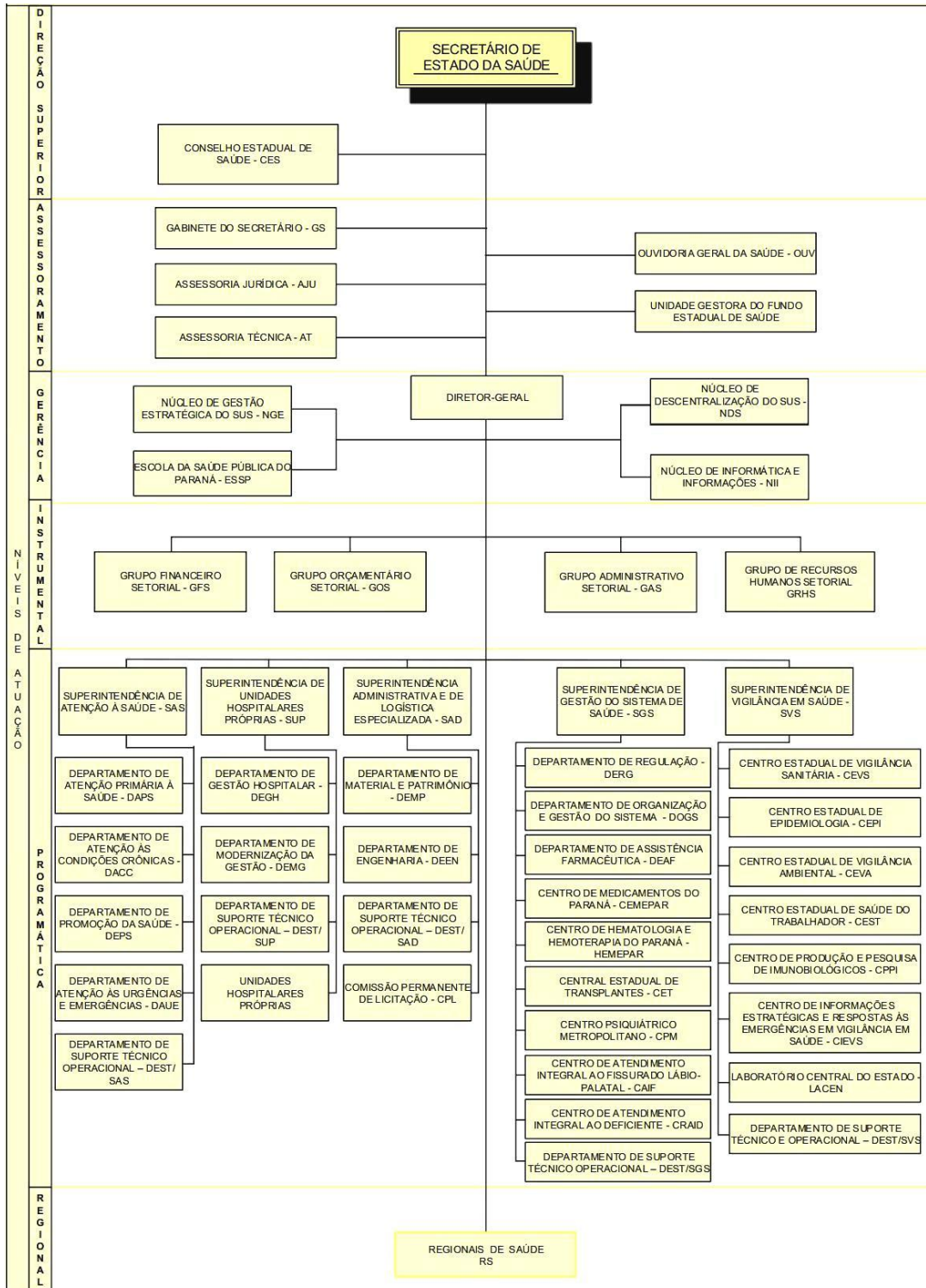


Figura 02: Estrutura da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná
 Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Paraná

A divisão de poder e de responsabilidades, inclusive financeiras, no SUS, dá se de maneira independente, porém integrada nas três esferas de governo. Desta forma, como se apresenta na Figura 03, cada unidade de cada

esfera governamental possui seu fundo destinado à saúde: o Fundo Nacional, sob responsabilidade do MS (Ministério da Saúde); os Fundos Estaduais, mantidos pelas SES (Secretarias Estaduais de Saúde) e alimentados pelo Fundo Nacional; e os Fundos Municipais, mantidos pelas SMS (Secretarias Municipais de Saúde), fomentados pelo MS e pelas SES.

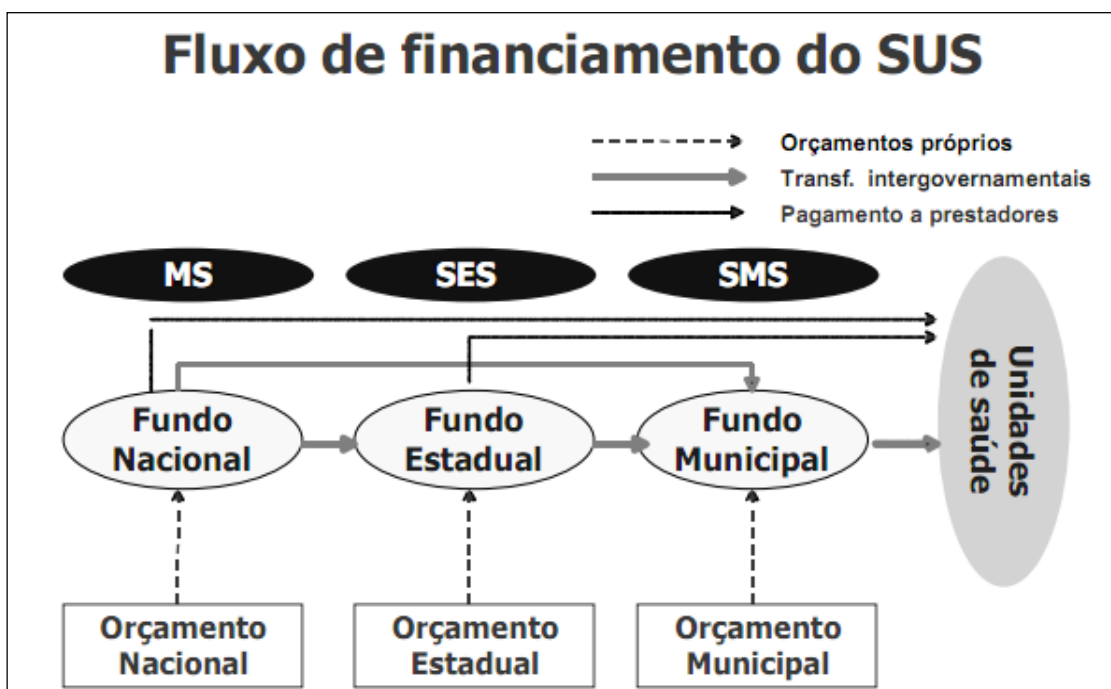


Figura 03: Fluxo de Financiamento do SUS
Fonte: Ministério da Saúde.

Todas as informações referentes a estes repasses são públicas e estão disponíveis no Portal da Saúde, a exemplo, toma-se o extrato apresentado na Figura 04, onde constam os dados dos repasses do Fundo Nacional da Saúde para o Fundo Estadual do Rio Grande do Sul, no ano de 2014, até a data da realização da consulta. Também pode-se observar, na figura em questão, a possibilidade de realizar consulta aos dados de qualquer um dos outros estados que compõem o país, assim como de seus municípios.

BRASIL - AC AL AM AP BA CE DF ES GO MA MG MS MT PA PB PE PI PR RJ RN RO RR RS SC SE SP TO

ANO: 2014 DATA LIMITE: 09/12/2014 Conteúdo do Portal da Transparência

ESTADO: RIO GRANDE DO SUL

REPASSES FINANCEIROS (em R\$)

Blocos de Financiamento						
<input type="checkbox"/> Atensão Básica	<input type="checkbox"/> Média e Alta Complexidade	<input type="checkbox"/> Assistência Farmacêutica	<input type="checkbox"/> Gestão do SUS	<input type="checkbox"/> Vigilância em Saúde	<input type="checkbox"/> Investimentos	<input type="checkbox"/> Diversos
R\$ 573.488.332,93	R\$ 2.123.376.896,68	R\$ 72.120.111,20	R\$ 5.483.890,14	R\$ 73.685.278,60	R\$ 110.681.690,35	R\$ 0,00

[Mês a Mês](#) | [.csv](#)

Convênio GESCON			Convênio SICONV			Convênio SICONV CAIXA					
Qtd	Valor de Repasse	Valor Empenhado	Valor Pago	Qtd	Valor de Repasse	Valor Empenhado	Valor Pago	Qtd	Valor de Repasse	Valor Empenhado	Valor Pago
9	R\$ 19.655.004,72	R\$ 13.858.559,48	R\$ 3.645.866,04	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

[Mês a Mês](#) | [.csv](#)

Relatório Anual de Gestão						Plano Estadual	
Ano de referência	Data de envio ao Conselho	Data de apreciação pelo Conselho	Decisão do Conselho	Leia o Relatório	Vigência do Plano	Data da aprovação pelo Conselho	Leia o Plano
---	---	---	---	---	---	---	---

[.csv](#)

Legenda

- Detalhamento dos Blocos de Financiamento
- Movimentação Financeira dos Blocos de Financiamento

Sala de Apoio a Gestão Estratégica

- [Unidades Básicas de Saúde](#)
- [Agentes Comunitários de Saúde](#)
- [Equipes de Saúde Bucal](#)
- [Farmácias conveniadas ao programa "Aqui tem Farmácia Popular"](#)

Instrumentos Normativos que Autorizam Repasses Financeiros

- [Decreto Nº 7.507, de 27 de Junho de 2011](#)
- [Instrução normativa nº 01, de 15 de Janeiro de 1997](#)

Legislação, Portarias e Informações Adicionais

- [Legislação vigente que regula as transferências dos recursos da saúde aos entes federados](#)
- [Portarias que regulamentam os recursos da atenção básica repassados fundo a fundo](#)
- [Informações sobre os programas/ações de governo assim como seus blocos de financiamento e seus componentes](#)
- [Informações referentes à contrapartida estadual ou municipal](#)

Glossário

- [Glossário dos termos técnicos do Portal da Transparência](#)

Figura 04: Dados de repasse do Fundo Nacional de Saúde
Fonte: Ministério da Saúde.

O SUS apresenta um modelo bastante dinâmico e adaptável. Da mesma forma que a sociedade evolui, as políticas de atenção à saúde se ajustam para acompanhar as novas necessidades e as novas realidades que se apresentam. Silva (2009), ao destacar os importantes avanços da saúde no Brasil, chama atenção para os novos dilemas que apontam para obstáculos estruturais que precisam ser superados.

De acordo com Souza (2002, p. 16), o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, “sendo o único a garantir assistência

integral e completamente gratuita para a totalidade da população”, atendimentos estes que “vão da menor complexidade, tal como uma criança com diarreia, até os mais complexos, como a realização de transplantes de órgãos, cirurgias cardíacas, entre outras que envolvem alta tecnologia e custos”.

1.3 A tomada de decisões no SUS

O processo de tomada de decisões no SUS é bastante complexo (tanto quanto se pressupõe, já que o próprio sistema possui uma estrutura bastante intrincada) no que diz respeito à adoção de políticas de saúde, o que de acordo com o Ministério da Saúde (1999), consiste em decisões de caráter geral, com o fim de orientar o planejamento, definindo os propósitos de uma ação, bem como as diretrizes e as responsabilidades das esferas envolvidas. Complementando essa ideia, Castro (2003, p. 44) afirma que a formulação de uma política, neste caso, “pode partir do Ministério da Saúde, dos governos locais, de áreas técnicas da saúde, ou da sociedade civil”.

Tovar (2007, p. 57), por sua vez, afirma que o controle social deve ser entendido como parte integrante da participação popular “articulada integralmente à atuação da política pública”, controlando o desenvolvimento de ações definidas para atender suas necessidades reais. Complementarmente, para Castro (2003) tais necessidades sejam refletidas, o planejamento descentralizado precisa levar em conta, além das informações operacionais e legais, dados sobre as condições de vida da população.

As decisões no SUS estão distribuídas nas três esferas do governo conforme Figura 05. Como já mencionado, na esfera federal, o gestor é o MS, assessorado pela Comissão Tripartite (composta por gestores das três esferas) e pelo Conselho Nacional de Saúde. Na esfera estadual, as Secretarias de Saúde são as gestoras e são assessoradas pelas Comissões Bipartites (formadas por duas esferas: gestores do estado correspondente e

representantes de seus municípios) e pelos Conselhos Estaduais de Saúde. Já na esfera municipal, a gestão é feita pelas Secretarias de Saúde, que são assessoradas pelos Conselhos Municipais de Saúde.

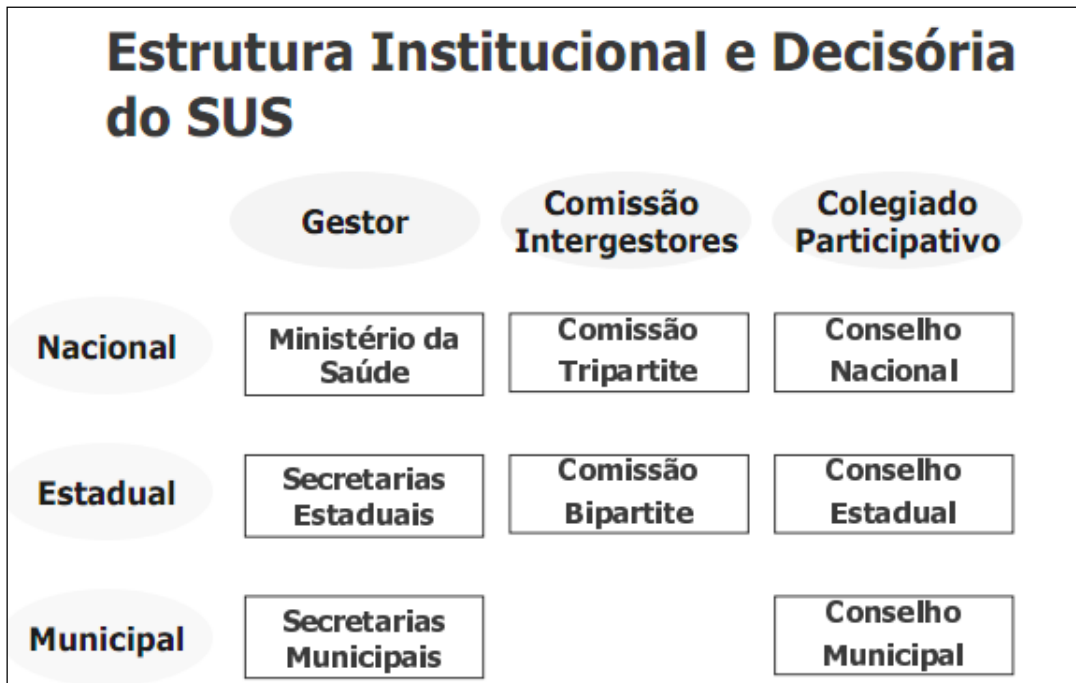


Figura 05: Estrutura Decisória do SUS
Fonte: Ministério da Saúde

O papel da participação do usuário é definido por Silva (2009, p.40), como de inegável importância no processo de implantação e manutenção do SUS, uma vez que facilita a fiscalização na aplicação dos recursos, além de possibilitar o “aperfeiçoamento e qualificação progressiva desse processo de participação [... através do qual haverá] certamente uma condição cada vez mais favorável para o aperfeiçoamento do SUS”. Essa participação se dá por meio dos Conselhos de Saúde (Nacional, Estaduais e Municipais) onde o usuário (qualquer cidadão brasileiro, ou seja, clientes do sistema) ocupa uma parcela significativa das vagas, e assim ocorre o pleno exercício do controle social sobre o sistema público.

A participação e o controle social nas decisões em relação à saúde só são possíveis se houver um fortalecimento dos recursos de poder, sendo que “um dos maiores recursos de poder está no acesso e manejo da comunicação e

da informação” (TOVAR, 2007, p. 59). Para tornar efetivo o exercício da cidadania, é preciso criar um ambiente de construção coletiva na formulação de políticas públicas, isso só é possível, de acordo com Tovar (2007) se o cidadão estiver bem informado.

A produção de conhecimento e a eficiente disseminação de informações em saúde é função dos gestores e profissionais da saúde. Castro (2003) ao citar o Relatório da 10ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, afirma que devem ser usados meios de divulgação criativos, ágeis e eficientes para acesso à informação em saúde. Além disso, os gestores devem estimular e apoiar pesquisas sobre temas de interesse social e divulga-los amplamente a fim de promover o desenvolvimento do SUS.

O sistema de saúde pública do Brasil é pautado por princípios ideológicos bem definidos. Destaca-se a importância da comunicação e da informação em saúde, que são ao mesmo tempo uma obrigação do estado e um direito dos cidadãos. Entende-se que a informação é um agente transformador e de grande impacto para a sociedade organizada, ou seja, um cidadão bem informado tem melhores condições de lutar por justiça e por direitos individuais e coletivos.

RESUMO DO CAPÍTULO

O Sistema Único de Saúde brasileiro nasce do reconhecimento, por parte do governo, do direito que todos os cidadãos têm de acesso à saúde pública de qualidade. Num contexto de mudanças sociais, econômicas e políticas profundas pelas quais o país passava, surge o SUS como modelo ideal para garantir, na prática, o direito assegurado pela Constituição Brasileira de 1988. Através dos seus princípios básicos da universalidade, integridade, equidade, regionalização, descentralização e controle social, o SUS evoluiu seu modelo de gestão e financiamento, e hoje, mesmo reconhecendo-se suas falhas e necessidades de aperfeiçoamento, é um modelo de sistema de saúde pública para muitos outros países.

CAPÍTULO 2

A INFORMAÇÃO E SEU IMPACTO SOCIAL

ESQUEMA DO CAPÍTULO

OBJETIVO DO CAPÍTULO

2 A INFORMAÇÃO E SEU IMPACTO SOCIAL

2.1 Conceitos básicos

2.2 Informação como um direito

2.3 O tratamento da informação e as questões de acesso

2.3.1 Informação e arquivo

2.3.2 A gestão da informação e do conhecimento

2.3.3 A Lei de Acesso à Informação no Brasil

2.4 A informação como elemento transformador e libertador

2.5 *Accountability*

2.6 A informação em saúde e o controle social

RESUMO DO CAPÍTULO

OBJETIVO DO CAPÍTULO

Analisar os diferentes aspectos que envolvem o termo informação, como o tratamento, o direito ao acesso e os usos. Também se discorre sobre as questões de transparência na administração pública e a informação como elemento fundamental para a participação social, o controle social e o efetivo exercício da cidadania.

*Onde está a sabedoria que perdemos no conhecimento;
Onde está o conhecimento perdido na informação?
(T. S. Eliot)*

2 A INFORMAÇÃO E SEU IMPACTO SOCIAL

Os termos e concepções que envolvem a informação, como objeto, possuem conceitos variados, diversos e, por muitas vezes conflitantes. Este capítulo pretende, de forma simplificada, definir os entendimentos pertinentes à presente pesquisa. Além da abordagem conceitual, serão tratados temas referentes ao direito à informação, ao seu tratamento técnico, a transparência da administração pública no Brasil, e por fim, as implicações práticas do acesso à informação para a saúde pública brasileira.

2.1 Conceitos básicos

Ao se propor uma discussão em relação à pesquisa em saúde, é preciso efetuar algumas definições de termos que serão utilizados inevitavelmente, ou seja, é indispensável ter claro o que se quer dizer quando determinados vocábulos são mencionados. Inicialmente faz-se um paralelo entre “dado” e “informação”, ou seja, quais suas diferenças e quais seus pontos comuns. Em seguida, define-se “conhecimento”.

Os dados referem-se a um conjunto de signos organizados, normalmente resultado da experiência ou observação de determinado sistema ou conjunto deles. Desta forma podem ser caracteres representativos de variáveis, informações ou registros que identificam determinado objeto.

O Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística (2005, p. 62) define dado com a “representação de todo e qualquer elemento de conteúdo cognitivo, passível de ser comunicada, processada e interpretada de forma manual ou automática”.

Davenport (1998, p. 19) conceitua dados como elementos brutos, sem significado. São observações do estado do mundo, imagens ou símbolos que constituem a base da informação. Setzer (1999) explica que são sequências de símbolos quantificáveis e qualificáveis, é, pois, uma entidade matemática puramente sintática, isso significa que podem ser totalmente descritos em representações formais e estruturais, podendo, conseqüentemente, ser armazenados e processados digitalmente.

Fica claro que os dados estruturados constituem a matéria prima da informação, em outros termos, as informações são compostas por dados dotados de significado, como afirma Davenport (1998), dados dotados de relevância e propósito. Em concordância, Lussato (1991) afirma que a informação é o resultado do encontro de uma situação de decisão com um conjunto de dados, ou seja, são dados contextualizados, interpretados e prontos para utilização.

O termo informação, de acordo com Urbanetto (2005), remete a várias definições, dependendo do contexto ou da disciplina que a produziu. Quando empregada por pessoas em geral, a palavra informação representa um fato, um acontecimento ou qualquer parcela de conhecimento.

Informação é a abstração informal que representa algo significativo para alguém através de dados (SETZER, 1999). Pode-se dizer então, que a informação, para ser útil, depende da análise realizada pelo usuário conforme sua necessidade e circunstâncias de aplicabilidade, o que é reforçado por Mcgee e Prusak (1994), que afirmam que o valor da informação é determinado pelo usuário, podendo, a mesma, ser reutilizável.

A sociedade está construída em torno de fluxos de capital, informação, imagens, sons e símbolos. Fluxos não representam apenas um elemento da organização social, mas a expressão dos processos que dominam a vida econômica, política e simbólica (CASTELLS, 2003, p. 501).

Mooers (1951) ressalta que a recuperação da informação trata dos aspectos intelectuais da descrição da informação e sua especificação para a busca, e também de qualquer sistema, técnicas ou máquinas que são empregados para realizar esta operação.

Para Sveiby (1998) a informação, embora possa ser considerada como dados processados e contextualizados, ainda é considerada como desprovida de significado e de pouco valor, em outras palavras, Malhotra (1993) afirma que ela é a matéria-prima para o conhecimento.

Como afirma Urbanetto (2005) ao analisar vários conceitos sobre o tema, não há uma concordância entre os autores em relação a uma definição ou separação dos termos informação e conhecimento.

De acordo com Davenport (1998, p. 189), “a distribuição da informação está ligada ao modo como a informação é formatada”. Entender a necessidade de informação ajuda a aumentar a consciência de que ela é valiosa; o formato correto torna mais fácil a distribuição.

DADO	INFORMAÇÃO	CONHECIMENTO
Simple observação sobre o mundo	Conjunto de dados dotados de relevância e propósito	Informação acrescida de valores humanos: reflexões, sínteses, contextos
Facilmente estruturado	Requer unidade de análise	De difícil estruturação
Facilmente obtido por máquinas	Exige significação	Exige interpretação
Facilmente quantificável e transferível	Exige mediação humana	De transferência complexa

Quadro 02: Comparação entre dado, informação e conhecimento

Fonte: Davenport, Prusak (1998, p. 18) [modificado pelo autor].

Dados e informações constituem a base para a construção do conhecimento, sendo, porém, difícil a distinção clara de onde inicia um e termina o outro, uma vez que seus conceitos se interseccionam. No entanto, Davenport

e Prusak (1998, p. 18) apresentam algumas características que apontam particularidades de dado, informação e conhecimento (Quadro 02).

Uma informação registrada em um suporte de qualquer natureza, de acordo com o Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística (2005), ou ainda o conjunto informação mais suporte constitui um documento. O documento é, portanto, uma unidade tangível de informação, passível de ser armazenada, preservada e comunicada, em outras palavras, facilmente gerenciada.

A gestão de informações e de documentos tem como missão, mais que a preservação, o acesso, o que significa que todo tratamento que se aplica a estes visa sua divulgação ou comunicação. O direito à informação foi conquistado há pouco tempo, se pensarmos na evolução das sociedades humanas, mas hoje é considerado um direito fundamental nas sociedades democráticas, uma vez que, por um lado força os governos a divulgarem suas ações e, de certa forma, inibe atos de corrupção, e por outro lado permite ao cidadão a vigilância e, até certo ponto, o controle das políticas governamentais nas diferentes áreas de atuação.

2.2 Informação como um direito

Uma nação como o Brasil, com mais de 190 milhões de habitantes, para ser bem administrada, segue a premissa da distribuição das tarefas. Essa subordinação se dá pelo fato de que se parte de uma visão minimalista das situações para uma maximalista a fim de aumentar a satisfação da população com os serviços a ela prestados.

Isso se confirma quando Masagão (1974, p. 143) coloca que,

a grande multiplicidade dos serviços públicos, sua complexidade, e a necessidade de fazer com que se desdobrem por todos os pontos do território, acarretariam o caos na

administração se os órgãos da esfera do poder executivo não estivessem ligados entre si por coordenação e por subordinação, de maneira a ficar assegurada a harmonia em sua atividade.

Existem alguns elementos que permitem ao ser humano viver e sobreviver em meio a uma sociedade organizada e politizada, que suprem as necessidades naturais do homem social. Da Constituição Federativa do Brasil, de 1988, no art. 6º consta que: “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. No Título VIII – Da ordem social, encontram-se fundamentados esses direitos. Dos direitos citados, destaca-se a educação, a saúde e o trabalho como os mais relevantes a toda e qualquer comunidade com indivíduos ávidos por uma vida digna e sustentável.

Considerando-se que há uma diferença entre documento, que é o suporte mais o registro nele fixado, e informação, que são os dados referentes a alguém ou algo, defende-se aqui o acesso e disponibilização tanto de um quanto do outro. Isto porque ao cidadão deve ser concedido o que lhe é de interesse, seja a informação ou o documento, para a solução de problemas ou negociações.

Segundo Jardim (1999, p. 79) “a noção de acesso à informação tende a se configurar como projeto democratizante, destinado a romper com a desigualdade informacional característica das sociedades contemporâneas”.

Com base nessa premissa, é fundamental que os cidadãos acessem a informação que lhe é de direito e garantida pela Constituição Federal e legislação arquivística, ficando assim, munidos de argumentos visando o exercício da cidadania, evitando a centralização da informação como forma de domínio ou exercício de poder do estado sobre o povo, seja em caráter federal, estadual ou municipal.

Verificando-se o significado da palavra cidadania em um dicionário da língua portuguesa, esta é apontada como condição de cidadão. No entanto, é preciso ir além desse limite e entender que a

cidadania é a qualidade social de uma sociedade organizada sob a forma de direitos e deveres majoritariamente reconhecidos. No lado dos direitos, repontam aos direitos humanos [...]. No lado dos deveres, aparece sobretudo o compromisso comunitário de cooperação e corresponsabilidade. (DEMO, 2001, p. 70).

Com isso, entende-se que é fundamental que haja a participação efetiva dos membros de uma comunidade nas decisões tomadas pelos governantes para que realmente sejam operadas as propostas feitas em tempo de campanha eleitoral. O acesso às informações produzidas em órgãos públicos é uma forma de controle da sociedade sobre essas instituições, e conseqüentemente, de seus representantes. De acordo com Cabral (1996, p. 49), “a participação popular pode fortalecer o Município como nível de governo, dando à sua administração aquele respaldo da cidadania tão necessário para assegurar a legitimidade das instituições públicas”.

Aquele que detém a informação detém o poder. Napoleão Bonaparte acreditava que para se ter o controle de um povo, era necessário tomar, além do território, também os documentos. Assim, a vontade de uns poucos traz o prejuízo de muitos. E, com o intuito de minimizar uma exclusão cultural, que integra a exclusão social, algumas leis, já aqui mencionadas, devem fazer parte do cotidiano dos cidadãos: a Constituição Federal Brasileira de 1988, cujo art. 5º, em seus incisos XIV e XXXIII, dispõe que é assegurado o acesso às informações de interesse do cidadão, contidas em documentos de órgãos públicos nacionais; Lei n.º 8.159/91, que dispõe sobre as políticas nacionais de arquivo público e privado; Lei n.º 9.507/97, que regula o direito de acesso às informações públicas e o *habeas data*.

Em consonância, Urbanetto (2005, p. 44) afirma que “a conquista de direitos políticos, civis e sociais [...] dependem fundamentalmente do livre acesso à informação”. Exercer cidadania não é apenas desfrutar dos direitos,

mas também cumprir com os deveres. Aplicando-se isso aos arquivos, é requerer, sim, o acesso às informações públicas, porém, é agir conforme o regulamentado.

2.3 O tratamento da informação e as questões de acesso

Feitas as devidas conceituações e definida a informação como um dos objetos do presente estudo, convém efetuar algumas definições no que diz respeito a ele. A informação de que trata a pesquisa é a informação arquivística, isso pressupõe requisitos como organicidade, originalidade, autenticidade, etc. assim como pressupõe o tratamento adequado por meio de técnicas e políticas da ciência arquivística. A informação só tem valor se comunicada, no Brasil, esta comunicação ou difusão, ou ainda acesso é garantido por lei a todos os cidadãos, como se verá em seguida.

2.3.1 Informação e arquivo

As informações servem ao cidadão como ferramenta de controle social sobre as ações governamentais, e à administração pública, como instrumento para planejar ações futuras. No Brasil, porém, as informações normalmente estão indisponíveis, mesmo que sejam altamente relevantes, verificando-se uma grande deficiência no seu uso tanto pela administração, como pela população.

De acordo com Figueiredo (1997. p. 19)

Tal como os indivíduos, as organizações também precisam de informações. Assim, as organizações de negócios precisam de fatos e dados para previsão de merca organizações, precisam de informações para melhorar e ampliar o processo de aprendizado. Já as organizações de pesquisa, precisam de

informação para sintetizar novos dados com fatos conhecidos, como parte do processo criativo. O governo, em suas diferentes esferas, precisa de informações para formular planos, redefinir tomada de decisão e para servir de base de previsão e resolução de problemas.

Para Veiga (2006) A existência de um arquivo organizado e eficiente é razão primordial para refletirmos sobre as ações do Estado e a garantia de direitos. São as informações administradas pelos arquivos públicos que permitem à sociedade conhecer os projetos e ações desenvolvidos por um determinado governo, e refletir sobre estes. É também com o uso adequado das informações governamentais que o próprio Estado pode implementar políticas públicas eficientes no atendimento à população.

Em geral, as políticas de acesso às informações não estão asseguradas pelos arquivos. Em análise feita por Jardim (1999), percebemos que “o Estado brasileiro, em seu sentido estrito, teve a opacidade e não a transparência como um dos seus mais nítidos atributos”. Entendemos este item relacionado ao processo de formação nacional, cuja principal característica é a ausência de rupturas institucionais.

Uma nova realidade social demanda o “trabalhador do conhecimento”. O operário da era industrial como define Santos (2006) era descrito como “homem-boi”: imbecil, forte e dócil; o trabalhador do conhecimento deve ser competente, habilidoso e com atitude. Ainda de acordo com Santos (2006), o homem-boi responde bem a instituições, regulamentos e controles; o trabalhador do conhecimento responde melhor a compromissos, colaboração e produção de resultados. Este é bem sucedido quando consegue tornar-se um “talento disciplinado” por si mesmo.

De acordo com Santos (2006) “os dois principais geradores de cultura pessoal e grupal para o Ocidente do século XX são educação e produção”. A educação formal é um importante gerador da cultura pessoal e grupal em qualquer tempo, além de indicar a forma como o conhecimento é tratado em certo ambiente cultural.

É ali que se recolhe, organiza e distribui a informação julgada importante para a preparação dos indivíduos, para a realização pessoal e para a convivência. A produção econômica tornou-se cada vez mais importante e consolidou-se na segunda metade do século XX como determinante cultural. Logo, o modo de ser, pensar e agir de indivíduos e instituições tendem a observar o perfil da produção e da educação.

Segundo Jardim e Fonseca (2004, p. 1), “[...] a emergência de práticas inéditas de produção, transferência e uso da informação abrem possibilidades ilimitadas para seu uso e oferta, envolvendo um conjunto cada vez mais amplo e anônimo de indivíduos”. Enfim, já há algum tempo, a troca de arquivos digitais e *on-line* ou reunir-se em salas de bate-papo e fazer conferências via *web*, tornou-se corriqueiro. A conectividade é a oportunidade criada pela tecnologia. A tecnologia por sua vez é o instrumento que criou tal ambiente. Resta agora entender o mecanismo que faz esse ambiente funcionar, fazendo com que a tecnologia interaja de forma integrada, e proporcione a satisfação de uma necessidade básica – a informação.

Entretanto, reafirmando a importância da ampliação do uso dos arquivos nos aspectos que envolvem o processo de socialização de informação, Macmullin e Taylor (apud FERREIRA, 1995), já previam: [...] a sociedade se torna cada vez mais dependente da informação. Contudo, os sistemas que estocam, organizam, e tornam acessíveis a informação e o conhecimento, criam problemas crescentemente críticos. Segundo esses autores, uma questão séria na era da informação é a sobreposição de informação.

Entende-se que não se trata de informação em demasia, mas, ao contrário, que esses mesmos sistemas que filtram, transmitem e distribuem informação não estão operando bem, isto é, não estão operando baseados nas necessidades dos usuários.

Diante disso, pode-se afirmar, de acordo com Martins *et al* (2006) que o sucesso de uma unidade de informação está diretamente relacionado ao

conhecimento que se tem das necessidades de informação dos seus usuários, aliado à capacidade de disponibilização de informações por parte do seu gestor.

Ainda, de acordo com Martins *et all* (2006), tal como os indivíduos, as organizações também precisam de informações. Assim, as organizações de negócios precisam de fatos e dados para previsão de mercado, desenvolvimento de um novo produto, adaptação de uma nova tecnologia. As escolas, como organizações, precisam de informações para melhorar e ampliar o processo de aprendizado.

Já as organizações de pesquisa, precisam de informação para sintetizar novos dados com fatos conhecidos, como parte do processo criativo. O governo, em suas diferentes esferas, “precisa de informações para formular planos, redefinir tomada de decisão e para servir de base de previsão e resolução de problemas” (FIGUEIREDO, 1997, p. 19).

No que interessa a negociação do Estado com a sociedade civil não impediu-se a manutenção de zonas de sombra dos registros informacionais. As mudanças políticas sofridas pelo país aconteceram sem ruptura institucional deste espaço. Por outro lado, esta mesma sociedade, desacostumada à participar da organização estatal, nunca exigiu a disponibilização destas informações.

Veiga (2006) afirma que a identidade do arquivo como órgão de estado é necessária na medida em que o acesso à documentação pode ensejar um uso político-eleitoral destas informações, transformando os conteúdos em elementos desestabilizadores. A direção destas instituições teria, neste contexto, um salto de importância.

A ideia de arquivo como um local em que documentos são enviados para aguardar o descarte definitivo é muito comum. Esta visão tradicional de arquivo impede que ele seja percebido como instrumento de todas as atividades gerenciais, não sendo considerada com seriedade, nem mesmo no

setor privado. Daí a inoperância a que os arquivos são relegados, através de sufocamentos, inclusive financeiro.

De acordo com Santos (2006), uma das características da “sociedade do conhecimento” é a elevação da complexidade das relações entre as instituições, entre os indivíduos e entre as instituições e os indivíduos. A sociedade ocidental pós-moderna é um bom exemplo de sociedade que se tornou rapidamente mais complexa ao longo do século XX. A complexidade das relações sociais dificulta a padronização institucional de soluções e solicita participação maior dos indivíduos, únicos geradores de conhecimento. Ou seja, a complexidade social aumenta a responsabilidade individual pela identificação, raciocínio e solução de problemas presentes no meio social.

Gilles Lipovetsky (2004, p.10) observa, com muita propriedade, que

O tema da responsabilidade é uma consequência natural, pois se a complexidade caracteriza o mundo pós-moderno, deve-se ser responsável recusando categorias fáceis e compreendendo que temos um papel a desempenhar pessoal e coletivamente. Responsabilidade individual quando se trata para cada um de fazer avançar, ao nível de cada um, o individualismo responsável; responsabilidade coletiva quando a função ocupada (empresários, políticos, jornalistas, articulistas políticos e publicitários) leva a tomar decisões que influem na vida de um número considerável de seres humanos.

A falta de políticas públicas de acesso às informações governamentais, apesar da legislação vigente no Brasil, evidencia o desinteresse dos governos em investir nesta ação. Por outro lado, os profissionais do arquivo não sabem se apresentar ativamente na função de informadores. Ao longo do tempo, a prática dos arquivistas estava calcada na função de custódia de documentos em suporte papel. Recentemente é que sua prática profissional incorporou o conceito de informação independente do suporte.

O que é importante ressaltar é que o arquivista, levado pela notória alteração do seu suporte tradicional, precisa aprimorar suas práticas de ação. Aqui surge a oportunidade, cada vez mais evidente, de fazer do arquivo um centro informacional qualificado, desempenhando, com a imprensa, a tarefa de mediação da esfera pública, necessária para a manutenção das práticas democráticas.

Assim, é preciso repensar a função dos arquivos como vetores informacionais, capacitados para reconfigurar o espaço público. Para isto, propõe-se considerar os procedimentos elaborados por Silva e Marinho Jr. (1996), apoiando-se na “Teoria da Ação Comunicativa - TAC”. Os conceitos básicos que orientam a elaboração desta teoria são o “esclarecimento”, a “emancipação” e o “mundo social”.

Conforme afirma Martins *et all* (2006) ao considerar em que a informação gera o conhecimento, que por sua vez facilita a tomada de decisão, contribuindo positivamente para a obtenção de resultados esperados, entendem que a necessidade de informação do usuário torna-se uma ferramenta facilitadora do monitoramento do meio interno, externo e, conseqüentemente, de acesso à informação que possa subsidiar o processo decisório, afinal, “a comunicação do conhecimento é efetiva quando e se a informação que é transmitida por um resulta em mudanças em um outro” (BELKIN; ROBINSON, 1976 apud FREIRE, 2004, p. 3).

Entendendo o profissional da informação, como fornecedor, a informação como produto e o usuário como consumidor, para Vergueiro (2000, p. 50), “[...] a importância de buscar uma relação cada vez mais estreita entre o fornecedor do produto/serviço e aquele para quem esse produto/serviço é dirigido, como elemento essencial para melhoria da qualidade, jamais poderá ser minimizada”.

Nessa direção, também Saracevic (*apud* FREIRE, 2004, p. 3), esclarece que a medida de relevância de uma informação é dada quando a

informação que é fornecida por um agrega atributos de conhecimento ao outro. Disso pode-se concluir que a priorização do usuário é ponto primordial, pois sua satisfação está diretamente ligada à qualidade do serviço oferecido.

Conforme análise de Druker (2002), “as pessoas nunca foram realmente importantes na equação econômica. Elas são consideradas custos e não recursos”. É o sistema que é: o sistema é rei porque tem permitido a trabalhadores sem talento e sem preparo se saírem bem. Um operário de linha de montagem não pode ser melhor do que a média. Tem que ser medíocre. Atrapalha a produção se não se conformar ao padrão. A nova sociedade – da qual o Brasil tem que querer participar como ator e não como figurante – é o oposto disso. Nela o trabalhador vai ser valorizado por seu conhecimento individual. O conhecimento é dele, não da empresa ou do sistema. A empresa precisará mais dele do que ele dela.

De acordo com Santos (2006), de fato, numa sociedade cuja riqueza venha de bens intangíveis, principalmente informação, criatividade e conhecimento, a produção física aumenta, mas a quantidade de pessoas que a produz diminui. É, pois, errônea a concepção de economia centrada em “coisas”. É falácia política propagar que emprego de verdade são apenas aqueles oferecidos em fábricas. Há que se descobrir, afinal, que trabalhar com mais inteligência é mais produtivo do que trabalhar mais.

Segundo Nascimento e Weschenfelde (2002), em estudo sobre as necessidades de Informação dos vereadores de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina (Brasil), nem sempre se identificam claramente as necessidades de cada usuário, porque não está disponível ou simplesmente porque o usuário não tem consciência desta necessidade ou ainda, não é capaz de expressá-la.

Assim, entende-se por “necessidade de informação”, a carência de informação que o indivíduo deve suprir para realizar uma pesquisa, para sua

educação e atualização pessoal, ou para uma tomada de decisão em seu desempenho profissional.

De maneira geral, pode-se dizer que a necessidade de informação varia de indivíduo para indivíduo, de grupo para grupo. Assim, nas palavras de Martins *et all* (2006), além de envolver diversas variáveis, pode ser satisfeita ou mesmo resultar em frustração”, sendo esse um ponto muito importante a ser considerado, daí a importância dos estudos que se preocupam em estabelecer fatores que avaliam a necessidade do usuário na busca e recuperação de informações. Ou seja, conhecer o perfil dos usuários e suas reais necessidades, formas de busca e uso da informação, tende a privilegiá-lo como consumidor final da informação.

2.3.2 A gestão da informação e do conhecimento

Para Serra Jr. (2006) a gestão da informação nas organizações públicas deve ser compreendida sob duas óticas: a informação como insumo para o processo decisório e a informação como testemunho dos fatos decorrentes das ações da organização. Segundo Roedel (2005), a informação pode ser entendida como dados que fazem a diferença a partir do momento em que são dotados de significado, organizados e comunicados. Por proporcionar a possibilidade de se adquirir novos pontos de vista para a interpretação de eventos ou situações, é também considerado um meio de se extrair e construir conhecimento. Nesse sentido, a informação é um dos principais insumos para o processo de tomada de decisão.

Conforme a introdução apresentada por Beuren (2000, p. 13), para o tema gerenciamento da informação:

os gestores precisam conhecer profundamente a organização que está sob sua responsabilidade, bem como o ambiente competitivo onde ela opera, a fim de avaliar o impacto da

turbulência ambiental e desenvolver o cenário para uma solução eficaz. Assim, fica nítida a importância da informação, pois é por meio dela que os gestores conseguem identificar tanto as oportunidades quanto as ameaças que o ambiente oferece à empresa.

Essa afirmação também é válida para as instituições públicas, embora os conceitos de ambiente, ameaças e oportunidades devam ser adaptados para organizações de Estado, cujo foco não é o lucro e sim a satisfação dos cidadãos/usuários.

O referencial teórico sobre a gestão de informação compreende diversas abordagens. Os escritos relacionados às teorias da comunicação enfocam principalmente os “processos de produção e transmissão de informações e o papel dos agentes nos processos de comunicação desconsiderando o sentido do que é transmitido” (DUBOIS, 1995, p. 340).

Embora a compreensão dos processos de comunicação seja relevante, principalmente pelo impacto gerado pelas tecnologias da informação, muitos autores não consideram esses aspectos como relacionados com a gestão da informação.

As chamadas ciências da informação, onde a biblioteconomia e a arquivologia se inserem, trazem diferentes conceitos sobre informação e as técnicas necessárias para sua gestão. Miranda (2003, p.184) ao comparar e analisar diferentes definições sobre a ciência da informação e sua evolução, diz: “a Ciência da Informação estuda o fenômeno dos registros de conhecimentos e trabalha pelo aperfeiçoamento das formas de produção, armazenamento e uso (ou seja, de todo o ciclo informacional) do conhecimento registrado”.

Nesse contexto, deve-se considerar que o objeto das diversas disciplinas que compõem tal ciência é a informação e que sobre ela devem se debruçar os profissionais para estudá-la e definir os critérios que permitam sua gestão.

Num sentido mais amplo, Lopes (1996, 15) ensina que:

a informação nasce no cérebro, a partir da captação exterior dos sentidos e é expressa ou registrada pelas faculdades mentais e motoras dos homens, com ou sem a ajuda de ferramentas, objetos ou máquinas. Relaciona-se com a cultura, seja ela oral ou escrita. Pode ser pesquisada, hierarquizada e dissecada pelas mais diferentes profissões. [...] Quando se fala de herança cultural, está-se referindo ao legado de conjuntos de informações, que se podem nominar, dividir, classificar e descrever.

Rousseau e Couture (1998, p. 61-76) ao lembrarem que as informações no passado eram transmitidas, principalmente, de forma oral, ressaltam o ganho obtido com a introdução da informação documental, que é a informação registrada em suporte com a ajuda de um código preestabelecido, e que tornou possível “registrar, copiar, autenticar, transmitir, comparar, receber, difundir, classificar, recuperar, armazenar, conservar e, finalmente, utilizar a informação de um modo relativamente fácil, estável e exato”. Os autores comentam que a produção e o uso de informações cresceram em ritmo exponencial, projetando um mundo de hiperconsumo de informação, sob todas as formas.

Para as organizações é, principalmente, a informação registrada que, juntamente com a capacidade de comunicação e raciocínio coletivo, permite a análise dos fatos, a tomada de decisão e realização das ações que contribuirão para o cumprimento de sua missão institucional. Assim:

a informação constitui uma mercadoria tão vital para a empresa como os recursos humanos, materiais ou financeiros, sem os quais ela não conseguiria viver. Como qualquer outro recurso, a informação deve ser gerida eficazmente, o que necessita, como corolário, de um reconhecimento oficial da empresa, e até de uma formação estrutural que vá tão longe quanto a que é geralmente concedida aos outros recursos. (ROUSSEAU e COUTURE 1998, p. 63).

Para o desenvolvimento de suas funções, quer sejam diretamente ligadas à missão ou lhes dê suporte, as organizações consomem e geram informações. Essas informações são originadas tanto dentro quanto fora da

organização. Podem ser verbais ou registradas em suportes, como o papel, meio magnético, ótico ou microfilme. Podem ser orgânicas, ou seja, elaboradas, enviadas ou recebidas no âmbito da missão da organização, ou não orgânicas, isto é, produzidas fora do âmbito desta.

A produção de informações orgânicas registradas dá origem aos arquivos da organização e podem estar, em diferentes momentos, nos locais de trabalho ou em depósitos especialmente preparados para isso, tendo como principal característica servir de testemunho das ações da organização e, em muitos casos, como prova legal desses atos. A informação não orgânica, por sua vez, existe muitas vezes nos locais de trabalho mais igualmente na biblioteca ou no centro de documentação, sob a forma de publicações, de bancos de dados, de dossiês temáticos etc.

As informações orgânicas são utilizadas pelas instituições em um primeiro momento para decidir, agir e controlar as decisões e as ações empreendidas. Nesta fase, o que caracteriza o uso das informações, segundo a teoria arquivística, é o valor primário da informação. Num segundo momento, as informações são usadas pelo seu valor secundário, com a finalidade de executar pesquisas retrospectivas, as quais põem em evidência as decisões ou ações passadas. Rousseau e Couture ao tratarem do papel da arquivística na gestão da informação, disseram:

A gestão da informação orgânica, permitindo a pesquisa retrospectiva, reduz a incerteza e melhora a tomada de decisão, aprofundando o conhecimento da cultura institucional e do processo de decisão. Cada vez mais organismos utilizam os seus documentos nas suas pesquisas retrospectivas, a fim de melhor compreender o presente (ROUSSEAU e COUTURE 1998, p. 65).

Embora o campo de atuação do arquivista seja, tradicionalmente, a gestão da informação nos dias de hoje, cada vez mais esse profissional deve orientar sua atuação como um dos entes organizacionais preocupados com a gestão do conhecimento. Neste sentido, faz-se necessário definir o que é gestão do conhecimento para que se possa delimitar de forma adequada o escopo da

análise. Para tanto, será utilizada a definição de Davenport e Prusak (1998, p. 6):

Conhecimento é uma mistura fluida de experiência condensada, valores, informação contextual e insight experimentado, a qual proporciona uma estrutura para a avaliação e incorporação de novas experiências e informações. Ele tem origem e é aplicado na mente dos conhecedores. Nas organizações, ele costuma estar embutido não só em documentos ou repositórios, mas também em rotinas, processos, práticas e normas organizacionais.

A definição oferecida por esses autores demonstra que o conhecimento não é puro nem simples: é uma mistura de vários elementos. O conhecimento existe na mente das pessoas, nos documentos, nos processos, nos sistemas de informação etc.

As informações podem ser convertidas em conhecimento por meio de ações executadas por pessoas e entre pessoas. Segundo Davenport e Prusak (1998), tal transformação compreende, entre outras, as seguintes ações: comparação (de que forma as informações relativas a esta situação se comparam a outras situações conhecidas?); consequências (que implicações estas informações trazem para as decisões e tomadas de ação?); conexões (quais as relações deste novo conhecimento com o conhecimento já acumulado?); conversação (o que outras pessoas pensam desta informação?).

Segundo Nonaka (2000, p. 30), que estudou organizações japonesas altamente bem-sucedidas em seus mercados, o sucesso dessas organizações se dá pelo “reconhecimento de que a criação de novos conhecimentos não é uma simples questão de processamento de informações objetivas”. Ao contrário disso, depende do aproveitamento dos *insights*, das intuições e dos palpites tácitos e muitas vezes altamente subjetivos dos diferentes empregados, “de modo a converter essas contribuições em algo sujeito a testes e possibilitar seu uso em toda a organização”.

Peter Senge (2006), quando questionado sobre a relação da gestão do conhecimento e o aprendizado organizacional, disse:

Há uma certa dificuldade em diferenciar a informação do conhecimento, e é isso que está no âmago do caráter temporário, de moda, do conceito de gestão do conhecimento. Muitos consultores e muita gente responsável dentro das organizações está a tratar o saber como se fosse um tipo especial de informação. É por isso que você vê uma tendência muito forte para usar as tecnologias de informação no ato de 'gerir' o saber. Isto é uma confusão total, e prevejo que não terá grandes resultados práticos, o que, depois, será frustrante (2006, [s.n.]).

Uma das grandes questões que se coloca para as organizações que buscam a gestão do conhecimento é a necessidade de compartilhar os chamados *insights*. “As pessoas nas organizações agem de maneira coletiva, mas aprendem individualmente” (KLEINER e ROTH, 2000, p. 136).

As organizações possuem poucas ferramentas para capturar a experiência institucional e torná-la disponível para o aprendizado organizacional. As práticas de gestão do conhecimento ligadas ao aprendizado devem estar associadas a técnicas de gestão da informação, pois há uma forte ligação entre os dois conceitos. Quando os autores acima sugerem a utilização de histórias de aprendizado, que é um tipo de narrativa, há uma intersecção entre informação e conhecimento.

Difícilmente a gestão do conhecimento pode ser implementada sem que práticas ligadas à gestão da informação estejam na pauta das ações relacionadas à revelação do conhecimento, ou seja, “a transformação do conhecimento tácito para explícito” (NONAKA, 2000, p. 31-36). Assim, a gestão da informação e a gestão do conhecimento estão fortemente imbricadas. Sendo a primeira, elemento imprescindível para a concretização da segunda.

Entretanto, fazer uma gestão da informação eficiente não implica que a organização esteja fazendo gestão do conhecimento. Da mesma forma, possuir profissionais da informação qualificados não é suficiente para

desenvolver na organização um programa ou uma cultura consistentes de gestão conhecimento.

Lima (2003), ao propor esses elementos em artigo, faz as seguintes indagações sobre a necessidade de estruturação dos processos:

Por exemplo, como documentar e registrar conhecimentos sobre o processo se o mesmo não está minimamente estruturado? Como fazer uma otimização de fluxos de informações se o processo não está adequado? Realmente fica difícil. A gestão do conhecimento por si só já deve trazer alguns processos específicos também, como: compartilhar o conhecimento internamente, atualizar o conhecimento, processar e aplicar o conhecimento nas atividades, encontrar o conhecimento internamente, adquirir conhecimento externamente, reutilizar conhecimento, criar novos conhecimentos e compartilhar o conhecimento com a comunidade, registrar conhecimento entre outros.

A falta de conexão com a gestão do conhecimento torna-se cada vez mais complicada se considerarmos que os ambientes organizacionais estão mais complexos e que as informações realmente relevantes para o processo decisório não estão mais armazenadas nos arquivos centrais, e sim, espalhadas por toda a organização e a responsabilidade pelas informações digitais está distribuída entre os profissionais de TI e os profissionais da informação.

Em certo sentido, os arquivistas há muito tempo são gestores do conhecimento. O desafio é ir além da gestão do conhecimento explícito e identificar quais parcelas do capital intelectual eles controlam, transformando oportunidades para criação de novos conhecimentos, contribuindo para o fortalecimento do aprendizado organizacional.

Isto significa que os arquivistas devem repensar os aspectos tradicionais das suas atividades, como: o foco nos acervos documentais, os registros físicos como seu principal objeto de trabalho e a gestão de documentos como sua principal responsabilidade administrativa e de prestação de serviços. Ao aceitar esta alteração no seu altamente confortável e tradicional paradigma, o arquivista deve passar a ver o conhecimento de forma global. Devem pensar

nas informações organizacionais registradas em suportes físicos e, também, em meio digital, como fontes de conhecimento e deve participar ativamente do esforço de aprendizado organizacional.

Para Serra Jr. (2006) A gestão do conhecimento vem sendo reconhecida por muitas organizações como uma necessidade estratégica que permite o desenvolvimento de um diferencial competitivo, baseado principalmente na inovação. Nas organizações públicas, a gestão do conhecimento surge como um meio para aprimorar os processos internos e, assim, garantir o cumprimento da sua missão institucional, gerando valor para o cidadão e para a sociedade.

A adoção de modelos de planejamento que consideram a gestão do capital intelectual como fator de sucesso organizacional tem contribuído para que a alta gerência reconheça a importância da adoção de práticas relacionadas à criação, retenção e compartilhamento do conhecimento. Este cenário é propício para que o arquivista busque uma nova abordagem profissional, ampliando seu leque de atuação e estreitando o relacionamento com outras áreas organizacionais, garantindo uma atuação integrada e multidisciplinar.

Serra Jr. (2006) ainda conceitua o conhecimento arquivístico, associado com os demais saberes das ciências da informação, é fundamental para o sucesso de projetos de gestão do conhecimento. A contribuição da gestão da informação como técnica de controle dos conhecimentos explicitados é apenas uma das diversas facetas onde a atuação do profissional de arquivo deve estar focada.

Práticas de gestão utilizadas para compartilhar o conhecimento, como a análise das redes sociais e a criação de comunidades de prática, podem ser propostas por diversos profissionais. No estágio atual não há qualquer reserva de mercado no campo da gestão do conhecimento e os profissionais mais bem preparados podem exercer uma função de liderança nessa área.

De acordo com Serra Jr. (2006), graças à sua visão sistêmica e a compreensão dos processos organizacionais, o arquivista pode contribuir com diversas atividades práticas como um elo de ligação entre as necessidades de conhecimento e as fontes de informação disponíveis, bem como, utilizando técnicas de engenharia de redes, permitindo a identificação dos provedores de conhecimento que poderão contribuir para suprir as demandas de conhecimento apresentadas pelas comunidades.

Para tanto, segundo o mesmo autor, o arquivista deve dominar os conceitos e práticas de gestão do conhecimento que mais se adequam às necessidades da sua organização ou seus usuários. O caminho mais seguro para isso, é o estudo dos textos já produzidos sobre a gestão do conhecimento e o intercâmbio profissional com a troca de experiências e o compartilhamento do conhecimento.

O tema gestão do conhecimento deveria constar dos currículos de graduação e pós-graduação dos cursos de arquivologia e ciências da informação, capacitando os futuros profissionais para uma visão crítica de sua participação nas organizações. O estímulo à pesquisa sobre gestão do conhecimento e sua relação com as ciências da informação poderiam resultar na construção de um saber focado nas necessidades da sociedade brasileira, o que seria de grande valor para o aprimoramento dos processos de trabalho e incremento da inovação.

2.3.3 A lei de acesso à informação no Brasil

Desde a Constituição Brasileira de 1988, que em seu Art. 5º trata o acesso à informação como um direito fundamental do cidadão, a legislação brasileira vem evoluindo de forma a garantir este direito, em contraste com as políticas de sigilo perpetuadas durante o regime militar (1964 – 1985). A exemplo, a Lei n.º 8.159 de 1991, ou Lei de Arquivos, institui uma política

nacional de arquivos públicos e privados baseada não somente no direito ao acesso, mas principalmente no dever do poder público em garantir a gestão e proteção dos documentos arquivísticos com o fim de garantir o acesso as informações neles contidas:

Art. 1º É dever do Poder Público a gestão documental e a de proteção especial a documentos de arquivos, como instrumento de apoio à administração, à cultura, ao desenvolvimento científico e como elemento de prova.

[..]

Art. 4º Todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular ou de interesse coletivo ou geral, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado, à inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da honra e da imagem das pessoas.

A Lei de Arquivos foi um instrumento importante não somente por apontar os direitos e deveres envolvendo o acesso à informação, mas também por definir conceitos para termos como gestão de documentos, arquivos públicos, arquivos privados, arquivos correntes, intermediários e permanentes, etc.

Cita-se ainda outros exemplos de instrumentos legais que tiveram e têm grande importância no processo de evolução do que hoje chamamos de transparência da administração pública:

- Lei n.º 9.507, de 1997, conhecida como Lei de *Habeas Data*, que melhor define as questões de sigilo e quebras de sigilo de documentos; a Lei n.º 9.784 de 1999, que institui normas básicas para o tratamento de processos administrativos de instituições públicas federais;
- Lei n.º 10.520 de 2002 que abrange as questões referentes às informações de licitações e pregões para aquisição de bens e serviços;

- Lei Complementar n.º 101 de 2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal, que juntamente com a Lei Complementar n.º 131 de 2000 enfatizam a obrigatoriedade de transparência e publicidade dos atos da administração pública focada no planejamento da gestão, coibindo posturas irresponsáveis com recursos dos cofres públicos.

Quanto à evolução história do direito de acesso às informações públicas no Brasil, Souza (2013, p. 161) ressalta a importância de observar que “como qualquer outro direito fundamental, é imperioso anotar que o direito de acesso à informação tem uma evolução histórica imprescindível ao entendimento da conjuntura em que atualmente se pretende implementar”.

A Lei n. 12.527 de 2011, ou Lei de Acesso à Informação (LAI), de acordo com Leite (2012, p. 31) “mostra-se um verdadeiro desafio para as instituições públicas, já que a Lei tem o propósito de regulamentar o direito constitucional de acesso dos cidadãos às informações públicas”. É inegável o grande avanço proporcionado pela LAI no que diz respeito à consolidação da democracia e transparência governamental.

O principal ponto a ser destacado do conteúdo da LAI é o fato de que o acesso é a regra, e o sigilo é a exceção, ou seja, parte-se do pressuposto de que tudo deve ser acessível, e que o sigilo deve ser justificado, sendo passível de contestação. Além disso, deixa claro em seu Art. 8.º, que a transparência deve partir dos órgãos públicos, sem necessidade de solicitação por parte dos cidadãos:

Art. 8º É dever dos órgãos e entidades públicas promover, independentemente de requerimentos, a divulgação em local de fácil acesso, no âmbito de suas competências, de informações de interesse coletivo ou geral por eles produzidas ou custodiadas.

Caso haja uma necessidade de informação expressa por parte do cidadão, a LAI (2011) define quais procedimentos e prazos a serem observados

para o atendimento das solicitações, além de apontar as ações que deverão ser adotadas caso não seja fornecida a informação:

Art. 10. Qualquer interessado poderá apresentar pedido de acesso a informações aos órgãos e entidades referidos no art. 1º desta Lei, por qualquer meio legítimo, devendo o pedido conter a identificação do requerente e a especificação da informação requerida.

[...]

Art. 11. O órgão ou entidade pública deverá autorizar ou conceder o acesso imediato à informação disponível.

§ 1º Não sendo possível conceder o acesso imediato, na forma disposta no caput, o órgão ou entidade que receber o pedido deverá, em prazo não superior a 20 (vinte) dias:

I - comunicar a data, local e modo para se realizar a consulta, efetuar a reprodução ou obter a certidão;

II - indicar as razões de fato ou de direito da recusa, total ou parcial, do acesso pretendido; ou

III - comunicar que não possui a informação, indicar, se for do seu conhecimento, o órgão ou a entidade que a detém, ou, ainda, remeter o requerimento a esse órgão ou entidade, cientificando o interessado da remessa de seu pedido de informação.

A LAI ainda aponta claramente quais são os casos em que se aplicara o sigilo, como exceção, ou seja, define três graus de sigilo aos documentos: ultrassecretos, secretos e reservados, apontando também quais são as autoridades competentes para a classificação de cada um destes graus, assim como os prazos máximos permitidos para o sigilo em cada um dos casos. De acordo com o Art. 23 da LAI (2011), há situações específicas em que o acesso às informações será restrito:

I - pôr em risco a defesa e a soberania nacionais ou a integridade do território nacional;

II - prejudicar ou pôr em risco a condução de negociações ou as relações internacionais do País, ou as que tenham sido fornecidas em caráter sigiloso por outros Estados e organismos internacionais;

III - pôr em risco a vida, a segurança ou a saúde da população;

IV - oferecer elevado risco à estabilidade financeira, econômica ou monetária do País;

V - prejudicar ou causar risco a planos ou operações estratégicas das Forças Armadas;

VI - prejudicar ou causar risco a projetos de pesquisa e desenvolvimento científico ou tecnológico, assim como a sistemas, bens, instalações ou áreas de interesse estratégico nacional;

VII - pôr em risco a segurança de instituições ou de altas autoridades nacionais ou estrangeiras e seus familiares; ou

VIII - comprometer atividades de inteligência, bem como de investigação ou fiscalização em andamento, relacionadas com a prevenção ou repressão de infrações.

Em seus Artigos 32 a 34, a LAI define como conduta ilícita a recusa em fornecer informações requeridas, retardar ou fornecer informações incorretas, incompletas ou distorcidas, assim como permitir a divulgação de informações classificadas como sigilosas. Também são determinadas as sanções a que ficam sujeitos os agentes ou órgãos que descumprirem ou sonegarem o acesso à informações que deveriam ser tornadas públicas.

De acordo com a Controladoria Geral da União – CGU (2011, p.12), o principal desafio na implementação de um sistema de acesso à informação é “vencer a cultura de segredo que, muitas vezes, prevalece na gestão pública”. A disponibilização de informações ao cidadão exige uma cultura de abertura e o servidor tem um papel fundamental para a mudança cultural, pois lida cotidianamente com a informação pública sob sua custódia.

Na cultura de segredo, a informação é retida e, muitas vezes, perdida. A gestão pública perde em eficiência, o cidadão não exerce um direito, e o Estado não cumpre com o seu dever. Esta cultura, ainda de acordo com a CGU (2011, p.12), “é pautada pelo princípio de que a circulação de informações representa riscos [...] e] isto favorece a criação de obstáculos para que as informações sejam disponibilizadas”, devido a entendimentos de que o cidadão só pode solicitar informações que lhe digam respeito direto, ou que os dados podem ser utilizados indevidamente por grupos de interesse, que a demanda do cidadão sobrecarrega os servidores e compromete outras atividades, que cabe sempre à chefia decidir pela liberação ou não da informação, ou ainda de que os cidadãos não estão preparados para exercer o direito de acesso à informação.

A LAI constitui um importante instrumento nas mãos da sociedade para lutar por seus direitos, uma vez que, de acordo com Urbanetto e Rosa (2014), o cidadão bem informado tem melhores opções e condições de conhecer e exigir seus direitos essenciais, tais como saúde, educação e benefícios sociais,

por isso, o acesso à informação vem sendo cada vez mais reconhecido como um direito em várias partes do mundo. As autoras salientam que, todavia é preciso ressaltar que as demandas de informação ainda vêm de um círculo limitado de pessoas mais familiarizadas com a burocracia da gestão pública e com as tecnologias da informação.

2.4 A informação como elemento transformador e libertador

De acordo com Honório (2006), a noção de direito à informação, principalmente a adotada nas instituições públicas, remonta à revolução Francesa. A ideia de sigilo dos documentos governamentais no Brasil democrático é estabelecida em 1988 com a promulgação da Constituição, em seu Artigo 5º, inciso XXXIII.

Por um lado abre-se acesso à informação, quando se declara que “todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular [...] coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade...”, mas por outro lado põe-se restrições: “...ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado” (Brasil, 1988).

Honório (2006) ainda ressalta que além do direito à informação, também consta na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, onde, em seu artigo 19, declara que todas as pessoas têm direito à liberdade de expressão e opinião; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opinião e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras.

De acordo com Veiga (2006), a noção de cidadania origina-se em Atenas, resulta de uma produtiva reflexão e prática política, cujo ápice ocorreu por volta do século V a. C. No período romano, recebeu outros importantes

aportes mas, sempre, a participação dos cidadãos nos destinos da comunidade foi a pedra de toque do conceito.

Durante o feudalismo, a cidadania enfrentou uma relativa ociosidade, embora ainda continuasse presente no cotidiano dos burgos. Novo impulso aconteceria a partir dos processos revolucionários da Europa e na independência norte-americana. No rompimento com o absolutismo do rei e da aristocracia que até então ditavam as regras da sociedade, ocorreu uma retomada das lutas pelos direitos dos cidadãos.

Ainda segundo Veiga (2006), a implementação definitiva do Estado Nacional produz uma exigência maior na participação no poder. Criaram-se as condições para o desenvolvimento de políticas mais amplas, vencendo-se o espaço restrito das comunidades. Na Inglaterra, por exemplo, onde os senhores feudais impunham livremente suas regras, a incorporação ao Estado, aliado ao crescimento econômico da burguesia, (que só através deste Estado alcançou maior estatura), houve forte desenvolvimento da cidadania.

A participação cidadão, em definitivo, é um fenômeno com caráter fortemente histórico. Sua prática social sempre ocorreu com reflexo do período em que se desenvolvia. De modo geral, o que observamos é que houve, ao longo dos anos, uma longa e tortuosa jornada em busca dos direitos do que hoje entendemos por cidadania.

Veiga (2006) considera a informação como um “direito-meio” da cidadania. Isto significa que ela não é um direito a ser obtido com um fim em si mesmo, mas sua existência é fundamental para a participação cidadã. O direito à informação, por si só, não garante o pleno exercício da cidadania. Entretanto, sem este direito, não é possível conquistar, de forma plena, todos os demais.

Em relação ao Estado, o direito à informação significa democratizar o acesso às informações públicas. As necessidades coletivas para ampliar a segurança da sociedade, fez com que o Estado, ao longo da história, produzisse

políticas públicas com o objetivo de melhorar as condições de vida. Mas a implementação de ações visando garantir o acesso às informações públicas, sempre enfrentou muitos problemas.

No Brasil, observa-se a existência de uma cisão entre Estado e sociedade. A questão do acesso às informações públicas é um exemplo desta cisão. Obter informações do Estado, seja por restrições econômicas, ou por falta de transparência de suas ações, tem sido ainda um problema ao longo dos anos.

Por outro lado há também a abordagem sob o ângulo da transparência governamental, possibilitada ou não pelas leis e decretos regentes. A respeito disso, Jardim (1998) afirma:

Há evidentes sinais de consenso nas teorias da democracia sobre o papel fundamental da transparência administrativa na gestão do Estado. Os debates em torno da transparência administrativa, no Brasil, tendem, porém, a restringir-se ao discurso político, em especial aquele produzido pelo próprio Estado. Tal ocorreu sobretudo após o fim do regime militar, nem sempre resultado em políticas públicas que permitam romper com a opacidade do Estado no Brasil. Refletir, portanto, sobre a transparência administrativa implica em reconhecermos a sua dimensão jurídica.

O autor diz ainda que:

Como tal, a informação torna-se um direito que os administrados podem opor à administração. Deixa-se desde então o terreno escorregadio da "boa vontade administrativa" para entrar-se no das garantias jurídicas, criando um clima de conflito latente: a informação será conquistada sobre a administração, algumas vezes retirada dela contra a sua vontade.

É costume desdobrar os direitos em civis, políticos e sociais, a partir da definição clássica de Marshall (1967). Cada grupo de direitos teria sido obtido em sequência cronológica, a partir do século XVII. E a cada período histórico ocorreram fatos que determinaram a apropriação do povo destes direitos. São fruto, portanto, de uma progressão escalonada, cujo resultado só se tornou possível pelo uso da informação.

Os direitos civis são relativos à liberdade de ir e vir, de imprensa, de pensamento e de fé, direito à propriedade, de concluir contratos válidos e à justiça. Os direitos políticos determinam a participação no poder, através de eleições livres e democráticas. E, por último, os direitos sociais incluem todos os anteriores, e ainda dizem respeito ao bem-estar econômico, à segurança e à participação na herança social. Ou seja, o direito de usufruir plenamente dos benefícios obtidos com o desenvolvimento social.

Esta compreensão do conceito numa perspectiva cronológica não está livre de intercorrências. Marshall (1967) mesmo reconhece que as etapas propostas caracterizam, a rigor, apenas o que se verificou na Inglaterra, sendo que em outros países ocorreram distorções significativas. Conforme vemos em Carvalho, (2005, p. 9) “é possível haver direitos civis sem direitos políticos”. No Brasil, inclusive, “o social precedeu os outros” (p. 12). Nestas passagens é possível perceber a referida dinâmica histórica da cidadania.

O elemento vital neste processo é a informação, e mais precisamente, a informação pública. Esta é resultado do registro das atividades administrativas, desempenhadas pela burocracia estatal, e que possuem relevância capital. Tais registros demonstram os procedimentos adotados na condução das ações políticas executadas pelos diferentes governos.

A partir destes registros, o cidadão pode tomar conhecimento do que é realizado em seu nome. Além de obras concretas, e das que se realizam no plano subjetivo, cada governo torna-se reconhecido pela marca de suas administrações. Porém, somente se revelam se houver acesso à estas informações públicas, elemento imprescindível na condução do Estado dentro das regras do jogo democrático.

Gonçalves (2002) afirma que é imensa a complexidade que envolve os documentos de arquivo: ao privados, podem ser abertos ao público por decisão dos próprios organismos produtores, já os públicos, devem ser acessíveis aos cidadãos, mas os documentos neles contidos podem ser vetados

à consulta por prerrogativas de Estados; os privados, podem ser considerados de interesse público e coletivo, já os públicos podem conter documentos cujas informações devem ser resguardadas em nome da inviolabilidade da intimidade, da honra e da imagem. A difícil compatibilização de direitos e interesses, nas situações concretas do cotidiano das instituições arquivísticas, faz vislumbrar o quanto pode ser significativo o conhecimento da legislação arquivística e das disposições a ela relacionadas.

Uma proposta parte da perspectiva teórica elaborada pelo filósofo alemão Jürgen Habermas (1984), segundo a qual, o arquivo pode ser pensado como um elemento da esfera pública, e desta forma pode ser configurado para a ação política e administrativa. Isto exige tornar os estoques informacionais dos arquivos acessíveis ao público, subsidiando o debate sobre questões de interesse coletivo.

Assim, deve-se questionar como estas instituições elaboram procedimentos para atender os interesses da população? Qual a função dos arquivos nas instituições públicas? Quais os critérios adotados para estabelecer políticas públicas? O acesso às informações arquivísticas qualificam a informação pública? Quem são os responsáveis pela disponibilização dos registros informacionais dos arquivos?

Para responder essas questões, é necessário compreender o processo histórico de construção da cidadania na sociedade ocidental, e sua atual configuração. Além disso, é necessário refletir sobre a relação entre Estado e a construção do espaço público, e como os arquivos se constituem em espaços públicos de construção da cidadania.

O elemento vital neste processo é a informação, e mais precisamente, a informação pública. Esta é resultado do registro das atividades administrativas, desempenhadas pela burocracia estatal, e que possuem relevância capital. Tais registros demonstram os procedimentos adotados na condução das ações políticas executadas pelos diferentes governos. A partir

destes registros, o cidadão pode tomar conhecimento, controlar o planejamento e a adoção de políticas públicas.

De acordo com Honório (2006), as constantes alterações nos textos deixam os arquivistas e a sociedade como um todo, à mercê da Comissão de Avaliação e Análise das Informações Sigilosas, que de certo modo pode arbitrar livremente sobre a classificação de sigilo aos documentos, sem ter que prestar contas dessa atividade, ou justificar prazos e razões para os mesmos.

Conforme assenta Veiga (2006), o debate sobre o papel social dos arquivos torna-se essencial no mundo contemporâneo, da democratização da informação. Reflete-se sobre o lugar que os arquivos ocupam na estrutura do Estado, entendendo que eles podem desempenhar um papel privilegiado como agente de comunicação e informação.

O mesmo autor ainda afirma que para isto, “os arquivistas precisam superar a visão estática sobre a prática dos arquivistas e dos arquivos”. No cenário da sociedade da informação, as informações arquivísticas devem estar acessíveis aos cidadãos, e os “arquivistas devem ser um vetor de uso para os estoques informacionais que mantêm sob sua guarda” (VEIGA, 2006, p. 11).

O acesso às informações facilita o desenvolvimento da cidadania e a conquista dos direitos. Refletindo sobre a esfera pública, demonstramos que sua modificação estrutural, causada pela reorganização das funções da imprensa, abriu caminho para uma nova atividade dos arquivos.

Como elemento central desta discussão, defende-se que os arquivos assumam a condição de esfera “quase-pública”, colocando-se como um fórum capaz de mediar o debate público. Isto pressupõe fazer do arquivo um espaço que, embora não seja especificamente de comunicação, faz desta atividade uma complementação de suas tarefas, produzindo novos espaços de interação informacional, potencializando a esfera pública, e proporcionando mais transparência às ações do Estado.

Esta abordagem procura superar a visão de um arquivo como mero custodiador de acervos, que ao longo dos séculos estigmatizou também a profissão de arquivista. As novas tecnologias da informação e da comunicação trouxeram a virtualização dos registros documentais, impondo uma nova perspectiva de ação à atividade arquivística. Neste sentido, repensar sua atividade tornou-se questão vital para a Arquivologia.

Assim, a partir destas reflexões, são levantados questionamentos em relação à postura de profissionais voltados apenas para a ação técnica. Urge uma nova atitude da arquivologia, mais inserida e engajada com a sociedade civil e as questões do mundo moderno. A capacidade de disponibilização e acesso da informação passa pela gestão e utilização qualificada da informação. Para que isto ocorra, é preciso que haja uma mudança de paradigma, por meio da qual as práticas sejam repensadas, adotando-se uma nova postura profissional.

O acesso à informação é uma via de mão dupla: se por um lado o cidadão tem direito a receber dados públicos que lhes são de interesse, o poder público tem a obrigação de divulgar aqueles dados que julgar de interesse comum. A esta segunda situação, a Lei de Acesso à Informação brasileira chama de transferência ativa, ou seja, não se espera que o cidadão vá atrás de informações, mas o poder público se antecipa em oferecê-la. Os princípios da transparência ativa são compatíveis com o que se verá no próximo item.

2.5 Accountability

A democracia participativa reclama que cada ator social seja co-responsável pelas ações de interesse comunitário. Ela impõe que as organizações públicas direcionem suas tecnologias no atendimento das distintas demandas geradas pela comunidade. A orientação técnica para atender a essas diferenças passa, necessariamente, por um processo de implantação de

políticas públicas em que a cidadania esteja presente, desde a etapa da elaboração do projeto até sua avaliação de impacto.

De acordo com Oliveira (2007) a adoção de tais procedimentos, ligados à redistribuição de funções aos níveis inferiores de governo, poderá proporcionar um aumento na concessão de favores, com tendências de direcionamento e alocação de recursos públicos em prol de pequenos grupos da sociedade, em prejuízo da maioria. Entretanto, Cossio (2001, p. 498) afirma que a “participação da população no processo político reduz a chance de haver um eleitorado cativo e faz que a adoção de políticas públicas seja mais imune ao ativismo de grupos de interesses”.

Assim, entende-se que o verdadeiro exercício da *accountability* está associado com a relação de distância entre o Governo e o cidadão, já que a proximidade poderá proporcionar maior controle comunitário sobre os serviços públicos desenvolvidos. Nessa concepção, a política social mais próxima deverá ser mais eficiente, segundo Nunes e Niines (2001, p. 670).

Historicamente, podemos dizer que *Accountability* é um conceito político-administrativo surgido nos países anglo-saxônicos e que no Brasil encontrou terreno propício para aflorar com a promulgação da Constituição Federal em 1988 onde os direitos e os deveres do cidadão, da sociedade, do Estado, do mercado, as formas de regulação social, entre outras coisas, foram demarcados pelo viés da responsabilidade social, da democracia e da solidariedade social. Simultaneamente, inúmeros direitos relacionados com a comunicação ali foram esculpados (por exemplo, os artigos 50, 220 e 370) reconhecendo, por um lado, o direito à comunicação e a livre expressão e, por outro lado, as responsabilidades e os direitos do cidadão em relação à comunicação pública e, por inferência, a comunicação midiática, por exemplo, como o direito à imagem, à intimidade e à privacidade.

Simultaneamente, na mesma Constituição, está previsto o controle social ou público em relação ao Estado e ao mercado por parte da sociedade no

sentido de resguardar o interesse coletivo e o bem comum. Se o Estado e o mercado não podem estar acima do bem comum ou do interesse coletivo, o controle social ou público a este respeito só pode ocorrer se houver, em contrapartida, organização e consciência crítica da sociedade. Para isso, além dos princípios legais e axiológicos que garantam o controle, é necessário a vontade da sociedade para que diferentes instâncias de poder na sejam limitadas por formas de contrapoder.

Este tipo de contexto é que favorece o surgimento do princípio político denominado *accountability*, termo de origem inglesa, que vem de *account* e que, literalmente, pode ser traduzido como contar, conferir. Em termos de linguagem podemos relacioná-lo como uma expectativa de satisfação existente de um cidadão para outro ou em relação a uma determinada entidade no sentido de que uns esperam dos outros determinados comportamentos de acordo com um contrato fiduciário ou legal compartilhado ou defendido por um ou ambos. Por exemplo, se o sistema jornalístico apregoa tratar com isenção e objetividade os fatos, o leitor pode invocar este preceito para cobrar do jornal uma reportagem tendenciosa.

Se esse mesmo sistema jornalístico enfatiza a verdade como sendo o seu princípio norteador de ação jornalística, os atos de reportagem ou a apresentação de dados falsos, faz com que o público cobre a responsabilidade dos profissionais ou do veículo em questão porque há um valor compartilhado pelos veículos, os profissionais e o público que a função principal de um jornal é a de dizer a verdade, de relatar fatos críveis e verdadeiros. Não adotando esse comportamento, o jornal e o profissional estão sujeitos ao *accountability* do público, ou seja, de serem interpelados sobre os seus atos. Esse processo de *accountability*, do ponto de vista da esfera pública, faz parte do princípio constitutivo dos espaços políticos democráticos.

Portanto, interpretado dessa forma, o princípio da *accountability* prevê que um ou vários atores sociais podem cobrar publicamente de outros (instituições, organizações empresariais, veículos e profissionais de

comunicação, autoridades ou lideranças políticas) comportamentos geradores de transparência e de adequação de seus atos às expectativas de interesse individual, público ou coletivo, de acordo com as normas e funções previstas ou publicamente reconhecidas onde atuam. Significa que autoridades e instituições públicas podem ser publicamente interpeladas, questionadas, cobradas, estando, portanto, obrigados a prestar contas de seus atos diante dos outros atores sociais. E a chamada *societal accountability*, ou *accountability* social.

A *accountability* deve ser entendida como processo em que o cidadão, um conjunto de cidadãos ou uma organização social podem e devem cobrar responsabilidades das autoridades e instituições públicas ou de caráter público e, simultaneamente, interferir na condução e definição dos interesses comuns ou coletivos da sociedade. No caso da mídia, é notório que essas definições passam muito mais pelo campo mercadológico do que pelo campo social com graves prejuízos para o interesse coletivo.

No entanto, se a *accountability*, enquanto um princípio político-administrativo, integra fortemente a cultura política da democracia de alguns países, no Brasil ela ainda é uma novidade, na relação entre governo, instituições, Estado e sociedade. Se o contexto é desfavorável, os atos de cobrança sobre responsabilidade das instituições e autoridades públicas passam a ser dificultados. A mudança desse comportamento depende muito, como enfatiza Campos (sem data), da qualidade das “relações entre governo e cidadão, entre burocracia e clientela”. Acrescenta ainda que “comportamento (responsável ou não) dos servidores públicos é consequência das atitudes e comportamentos das próprias clientelas. Somente a partir das organizações de cidadãos vigilantes e conscientes de seus direitos haverá condição para *accountability*” (apud HALLIDAY, 1994, p. 103).

Isto nos leva a seguinte pergunta: quem promove a *accountability*? São diferentes constelações de atores sociais que vão desde o indivíduo isolado até os cidadãos organizados (movimentos sociais, diferentes associações de cidadãos, associações comunitárias, sindicatos, consumidores, a opinião

pública, etc.), e algumas instituições voltadas especialmente para este mister, como o Ministério Público, a mídia, as ouvidorias de algumas organizações empresariais e instituições públicas.

Assim sendo, pode-se entender a expressão *accountability* midiática, como sendo um processo que invoca a responsabilidade objetiva e subjetiva dos profissionais e veículos de comunicação através da organização da sociedade e da constituição de espaços públicos democráticos de discussão. O pressuposto é o de que os profissionais e os veículos de comunicação, as autoridades e os anunciantes sejam influenciados e pressionados pelo processo da *accountability* midiática de tal maneira que possam, reflexivamente, ponderar sobre os valores, os conflitos e os efeitos imediatos e transcendentais que provocam na sociedade. E da interação democrática entre uns e outros (sociedade, mercado e Estado) é que permitirá o estabelecimento de controvérsias coletivas que tenham relevância pública voltadas para o bem comum.

Sob estes aspectos, os programas voltados para a *accountability* midiática, podem cumprir função de indutores de responsabilidade social fazendo com que as organizações midiáticas, os seus profissionais, os governos, o Ministério Público, a Justiça ou o Legislativo estejam de acordo com a confiança e as expectativas dos cidadãos em relação à agenda pública que diariamente constroem na esfera pública.

De acordo com Melo (2007), a questão da qualidade da democracia ressurgiu com grande interesse na literatura de ciência política contemporânea com autores como Diamond e Morlino (2005); O' Donnell, Cullell e Iazetta (2004). O debate se rejuvenesceu a partir do avanço considerável ocorrido na pesquisa empírica sobre o desenho institucional e seus impactos sobre dimensões relevantes das democracias contemporâneas. Dentre estas, destaca-se a capacidade de responsabilização (*accountability*) de governantes pelos eleitores ou, de forma mais ampla, o potencial de responsabilização existente em distintos arranjos institucionais.

O controle de governos e a prevenção da tirania são peças fundamentais do conceito moderno de democracia. Daí a necessidade de controles externos. O desenho constitucional, prevendo separação de poderes e estabelecendo dualidade, revisão judicial e federalismo, representa um esforço para assegurar um compromisso entre o poder de maiorias e o poder de minorias. “O paradoxo é que quanto mais o poder é fragmentado menor será a clareza de responsabilidade e, conseqüentemente, mais limitada a capacidade dos cidadãos controlar os governos” (Dahl, 1956, p. 4).

O foco recente sobre *accountability* nas discussões a respeito do desenho institucional inscreve-se em uma preocupação mais ampla com a questão da eficiência pública. Todavia, esse esforço analítico é inteiramente inútil, porque não faz sentido aplicar um conceito estreito de responsabilização para se avaliar a qualidade da governança em países que exibem um desenho constitucional baseado na proporcionalidade ou consociativo (Lijphart, 1984; Powell, 2000).

No entanto, para Melo (2007), a *accountability* não é a única dimensão relevante, nem tampouco os achados empíricos das análises substantivas em política comparada, comportam apenas um único juízo normativo.

Sob aspectos políticos, a *accountability* também pode ser intitulado controle democrático, conforme Demo (2001), que é a capacidade da sociedade em manter sob seu controle diferentes instâncias de poder de tal maneira que elas estejam a serviço de valores e comportamentos socialmente compartilhados e democraticamente definidos, tal como proposto pelo sociólogo alemão Jürgen Habermas ao discutir o conceito de esfera pública onde se processam os interesses comuns e divergentes. (*apud* DEMO, 2001, p. 17).

A literatura de política comparada é bastante inconsistente ao examinar modelos proporcionalistas com parâmetros supostamente universais, tais como a *accountability view* da representação. Cabe assinalar, por fim, que

as fontes de ineficiência política ou governabilidade não são exclusivamente institucionais. A qualidade da governança dependerá tanto das regras institucionais adotadas, como da distribuição de preferências, e de maneira ainda mais forte, da distribuição de renda. Como assinalado por Goodin (1997), do ponto de vista ideal, a democracia não deveria ter nenhuma minoria persistente. Onde elas existem, a regra da maioria implica em opressão, a análise positiva da ciência política pode indicar caminhos para sanar as diferenças, mas estes nunca serão universais.

A reflexão apresentada artigo pressupõe que a escolha constitucional em um momento decisivo na história de um determinado país reflita, de fato, uma escolha social não arbitrária (objeto de emulação ou imposição externa). Ou seja, pressupõe-se que as instituições sejam endógenas, isto é, escolhidas por atores participantes do jogo político pelas suas consequências distributivas, refletindo um equilíbrio social no sentido econômico do termo. Se isto é verdade, então tal escolha seria ótima.

Para Melo (2007), no entanto, dadas as limitações cognitivas dos atores sociais, as consequências de distribuição, ou em outros termos, não são plenamente conhecidas, sendo o ideal normativo de separação de poderes poderia, como assinalado, vir a se revelar como um ideal político, ou uma miragem coletiva de proporções históricas.

De acordo com Barata (1990), na situação atual da sociedade brasileira, a concepção tecnocrática sofre algumas distorções, sendo menos aceitável o argumento de que os dados só interessam aos técnicos. As posturas assumidas por algumas autoridades da área de saúde, por exemplo, variam desde a simples e definitiva negação, passando por tentativas de confundir a população com pretensas "discussões técnicas", até a aceitação da existência do problema, em uma perspectiva que visa reduzir sua importância.

Ainda para a mesma autora, "a concepção democrática do Estado se coloca em posição diametralmente oposta", pois assume, em geral, o direito

que a população tem de ser informada corretamente sobre os problemas que a atinge. Mais do que simplesmente garantir a divulgação das informações, os adeptos e praticantes de uma gestão democrática do Estado advogam o acesso da população a informações corretas e completas, que não mascaram a realidade ou as ações dos governantes (BARATA, 1990).

Como já dito anteriormente, a informação desempenha um papel importante nas interações sociais, inclusive e principalmente naquelas entre o cidadão e o estado. Pode-se afirmar que a informação é a arma com que as pessoas lutam por seus direitos e controlam as ações dos governantes, ou seja, o povo exerce controle sobre o estado, ou ainda, exerce controle social.

2.6 A informação em saúde e o controle social

A temática da “informação e comunicação” em saúde vem entrando em discussão e ganhando foco desde o final da década de 1980. De acordo com Teixeira (1996) parece haver um consenso de que uma política de informações para o SUS constitui a base da efetivação dos processos de descentralização e democratização desejados.

As informações em saúde, de acordo com Moraes (2007), evidenciam sobre quem recaem as consequências das políticas públicas implantadas; ou seja, as decisões em torno da política econômica, da política trabalhista, da previdenciária, da ambiental, da educacional, da saúde, entre outras. Ainda de acordo com a autora, participar do movimento social em defesa de uma política de saúde que enfrente as desigualdades “pressupõe lutar por ações específicas no âmbito das instituições em saúde, mas também por ações que articulem e integrem as demais políticas públicas” (MORAES, 2007, p. 21).

A comunicação e a informação, para Arendt (1993), são responsáveis por dar visibilidade à práxis dos atores sociais e, simultaneamente,

produzir o compartilhamento de sentidos fazendo com que tudo o que é feito possa vir a público e possa ser visto, ouvido, e comentado por todos, facilitando o exercício da cidadania por meio do controle social.

Moraes (2007, p. 20) compara a participação popular em saúde aos movimentos sociais, que ao longo de sua luta, seus participantes perceberam que era imprescindível “embasarem suas reivindicações com o mais profundo conhecimento [...] ampliando sua capacidade propositiva, crítica e fiscalizadora. Em função disso, a ‘questão da Informação em Saúde’ ganhou relevância” e tornou-se uma estratégica ao seu próprio processo de luta. A autora ainda afirma que o cotidiano dessa busca evidenciou que o exercício do controle social amplia a capacidade de intervenção na mesma proporção em que seus atores se apropriam das informações.

Cada vez mais, o acúmulo de força política está relacionado ao aumento da capacidade de apropriação de conhecimentos e informação, o que, para Moraes (2007, p. 18) “amplia a capacidade argumentativa em espaços conquistados de participação”. Isso significa muito mais do que ter acesso à informações, mas evidencia a necessidade de apropriar-se de todo o potencial informativo, de seu uso para a “luta específica a ser empreendida, da pertinência e relevância de um determinado argumento (embasado em conhecimento e informação) para o objetivo que se pretende”.

Assim, para Tovar (2007), a real participação e o controle cidadão precisam do fortalecimento dos recursos de poder das organizações sociais, e um dos maiores recursos de poder está no acesso e manejo da comunicação e da informação. Porém, o autor afirma que o cidadão precisa assumir um papel não de simples consumidor de informação; e sim recuperar o sentido da compreensão e análise da informação; “gerando competência em comunicação na cidadania que lhes permita superar as assimetrias em relação aos outros atores” (TOVAR, (2007, p. 59).

Em outras palavras, o acesso deve ter como consequência o uso, produção e socialização da informação para a elaboração de um ponto de vista próprio com suficiente solidez, ou seja, a apropriação de conhecimentos.

A participação de cada indivíduo é proporcional àquilo que se coloca dentro do seu horizonte de entendimento, ou seja, nas palavras de Oliveira (2007, p. 36), os “marcos cognitivos que delimitam e facilitam o nosso entendimento do mundo e das coisas, e que nos permitem interpretar e codificar as mensagens sociais em termos individuais ou coletivos”. Dessa forma, aqueles que detêm maior conhecimento e entendem com mais clareza este conceito tem maior possibilidade de se fazer ouvir, de expressar suas opiniões.

Cardoso (2007, p. 48) defende a divulgação permanente e sistemática de “informações sobre as ações de promoção [de saúde], sobre os serviços de prevenção e assistência do SUS, assim como das informações epidemiológicas de interesse para a população”. Isso, ainda de acordo com a autora, é democratizar informações científicas e garantir de ampla divulgação dos conhecimentos, programas e projetos da comunidade científica para a saúde individual e coletiva, o que estimula a discussão crítica e pública da ciência, tecnologia e saúde.

Cardoso (2007) ainda ressalta que a proposta de uma rede de informações em saúde implica a abertura de salas, quiosques, centros de documentação, enfim, espaços que facilitem a circulação de informações e propiciem o debate de ideias e projetos por parte da população.

Teixeira (1996) afirma que a informação em saúde é entendida como o conjunto das informações sociais, demográficas e epidemiológicas, produzidas pelas instituições, e utilizadas como apoio ao planejamento e à tomada de decisão. Porém há que se tomar grande cuidado, pois as informações por si só não tem efeito sobre o processo de participação da sociedade, é preciso, além disso, comunicá-las.

Na definição dos processos de disseminação de informações é fundamental a participação dos profissionais das áreas de comunicação e educação, apontando e implementando alternativas de meios e linguagens mais adequados aos diferentes públicos, previamente definidos no planejamento das ações dessas áreas [...] Mesmo quando possível, o eventual acesso às informações apresenta dificuldades em esgotar o potencial informativo dos dados. As informações divulgadas sob a forma de relatórios ou outros meios, nem sempre são compreensíveis para os diversos segmentos da sociedade, apontando para a falta de integração e articulação entre as áreas de informação e comunicação social nas diversas esferas do SUS. (ABRASCO/ABEP, 1993, [sem página])

Teixeira (1996) compreende que a disseminação da informação consiste não só em divulgar dados, mas também em prepara-los para o uso, ou consumo. De acordo com a ABRASCO/ABEP (1993) há carência de práticas de comunicação a construção de um diálogo no qual se estabeleça uma linguagem mais popular, o que explicita, para Teixeira (1996) com suficiente clareza, a já apontada subordinação das práticas de comunicação às novas concepções sobre a democratização dos processos e serviços de saúde.

Para Castro (2003) a informação, no processo de comunicação, é a representação de um significado, que é transmitido de um emissor para um receptor. Informação não é sinônimo de conhecimento, mas é imprescindível para sua criação, assumindo, assim, o papel de agente mediador na produção de conhecimento.

Neste sentido, entende-se o conceito de comunicação de acordo com o pensamento de Lévy (1993), o qual afirma que

O jogo da comunicação consiste em, através de mensagens, precisar, ajustar, transformar o contexto partilhado pelos parceiros [...] palavras, frases, letras, sinais ou caretas interpretam, cada um à sua maneira, a rede das mensagens anteriores e tentam influir sobre o significado das mensagens futuras." (LÉVY, 1993, p.22)

De acordo com Teixeira (1997) a comunicação tem como objeto, não o emissor, nem o receptor, nem a mensagem, mas a interação destes elementos e os operadores desse processo não serão as codificações e

decodificações, mas todas “as operações moleculares de associação e desassociação que realizam a metamorfose perpétua do sentido” (LÉVY, 1993, p.73).

Castro (2003) afirma que no processo de comunicação, os atores envolvidos são sujeitos atuando ora como emissores ora como receptores, dependendo do contexto em que se encontram no momento da ação. Como afirma Moraes (2001, p. 65), "neste embate entre ação e sujeição, a informação circula ora como produto, ora como 'meio para algo', mas sempre enquanto espaço de relações de poder e produção de saber".

Para Moraes (2007) essa apropriação de informações permite que os cidadãos que exercem o controle social não se sintam atendidos em suas demandas por medidas paliativas, muitas vezes onerosas, de baixo impacto sobre a situação de saúde que se quer melhorar, mas faz com que exijam a adoção de políticas realmente eficientes, eficazes e efetivas.

Oliveira (2007) ao lembrar que se pretendia que os Conselhos de Saúde atuantes nas diversas esferas decisórias tivessem o poder de controlar o sistema de saúde pública do Brasil, afirma que a única forma de democratizá-lo, torná-lo transparente aos olhos do cidadão, que devem ser capaz de interferir positivamente nas políticas públicas de saúde, é por meio do controle da sociedade sobre o Estado através da participação popular.

Este capítulo apontou alguns conceitos e princípios importantes na compreensão da informação como elemento de grande valor na conquista de condições igualitárias e de qualidade de vida a todos os cidadãos. Contudo, muitas vezes as informações acerca de determinado tema são de difícil interpretação e quase sempre seu volume é demasiado grande para que qualquer pessoa tenha condições de apropriar-se delas.

No caso das informações em saúde destaca-se o papel da pesquisa científica como instrumento de interpretação e comunicação de grande

volume de informações, facilitando seu uso não somente pelo meio acadêmico, mas também pela sociedade como um todo. A definição e a importância do conhecimento científico são explorados no capítulo seguinte.

RESUMO DO CAPÍTULO

A informação é a matéria prima para a produção do conhecimento e pode estar contida em diversos suportes e locais. Este capítulo abordou os conceitos de dado e informação, bem como aspectos conceituais e legais que envolvem direito ao acesso e sigilo das informações arquivísticas. Viu-se que a informação é uma importante arma na luta por direitos, exercício da cidadania e por uma democracia verdadeira. Toda informação deve ser acessível a todos, em qualquer momento, e no caso brasileiro, deve partir do poder público o atendimento dessas necessidades, havendo ou não demanda, pois se por um lado há o direito do cidadão em acessá-las, por outro lado, de acordo com princípios da *Accountability*, a transparência das ações do poder público são uma obrigação, para o efetivo exercício do controle social.

CAPÍTULO 3
**A PESQUISA CIENTÍFICA E A
PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO**

ESQUEMA DO CAPÍTULO

OBJETIVO DO CAPÍTULO

3 A PESQUISA CIENTÍFICA E A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO

3.1 O conhecimento

3.2 A pesquisa científica

3.3 O conhecimento científico

3.4 A pesquisa em saúde

RESUMO DO CAPÍTULO

OBJETIVO DO CAPÍTULO

Explorar o universo da produção do conhecimento científico, analisando conceitos de conhecimento, pesquisa e ciência, além de contextualizar a realidade da pesquisa científica na área das ciências da saúde.

*O homem é um ser jogado no mundo, condenado a viver a sua existência.
Por ser existencial, tem que interpretar a si e ao mundo em que vive,
atribuindo-lhes significações. Cria intelectualmente representações
significativas da realidade. A essas representações
chamamos conhecimento...
(Köche, 1968)*

3 A PESQUISA CIENTÍFICA E A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO

3.1 O conhecimento

O conhecimento é uma derivação da informação manipulada a partir de dados. A geração do conhecimento ocorre quando as informações são comparadas, combinadas e analisadas por uma pessoas, principalmente quando utilizadas nos processos decisórios: como afirma Davenport (1998) o conhecimento é reconhecido como uma mistura de elementos formalmente estruturados e intuitivos. Pode-se dizer, então, que o conhecimento é a informação processada pelos indivíduos.

Em outras palavras, Davenport (1998) define o conhecimento como a informação acrescida de valor, e é valioso precisamente porque alguém deu à informação um contexto, um significado, uma interpretação. Em concordância com isso, tem-se a afirmação de Maturana e Varela (2001) de acordo com a qual, o conhecimento não pode ser resumido por um simples conjunto de informações, apesar de derivar delas.

A partir disso, pode-se afirmar que o conceito de conhecimento possui um sentido mais complexo que o de informação, já que "conhecer é um processo de compreender e internalizar as informações recebidas, possivelmente combinando-as de forma a gerar mais conhecimento" (GONÇALVES, 1995, p. 311).

A ideia do homem como agente de conhecimento é defendida por Boff (2001, p. 5), que afirma que é preciso entender o conhecimento como parte integrante de uma pessoa, ou de um grupo; ele é "resultado da interpretação da

informação e de sua utilização para algum fim, especialmente para gerar novas ideias, resolver problemas ou tomar decisões”.

O conhecimento pode emancipar-se numa vida humana, mas não libertar-se dela, “ainda que possa ser separado do sujeito, o conhecimento objetiva-se; de fato, o conhecimento objetivo está presente em todas as sociedades humanas” (MORIN, 2005, p. 225). Todo conhecimento relativo ao sujeito humano altera sua condição, ideias, consciência e seu comportamento.

O valor agregado à informação depende dos conhecimentos anteriores dos indivíduos, sendo sempre um processo que agrega, ou seja, obtém-se conhecimento por meio do uso da informação nas ações individuais. Em relação a este aspecto, Angeloni (2007) afirma que o conhecimento não pode ser segregado do indivíduo; ele está estritamente relacionado com a percepção e interpretação do mesmo, que codifica, decodifica, usa e distorce a informação de acordo com suas características pessoais e seus conhecimentos prévios, ou seja, de acordo com seus modelos mentais.

O conhecimento é constitutivamente dependente do sujeito, e o processo cognitivo é inerente a organização do seu pensamento, Morin (2005, p. 57) afirma que a fonte de todo conhecimento está no “cômputo do ser, celular, indissociável da qualidade do ser vivo e do Indivíduo-sujeito”. Em outras palavras, o conhecer é produto da ação do homem, de sua atividade computante, capaz de processar informações.

Fazendo relação entre o conhecimento e aquele que o detém, Maturana e Varela (2001), afirmam que o conhecer não consiste em fazer referência a algo que possa ser chamado de real ou de realidade, que existiria por si só, com independência da observação humana. Para estes autores, a realidade não existe por si só, mas depende do seu observador.

O que se quer dizer, em resumo, conforme apresenta Figura 06, é que os dados estruturados e a informação são a base do todo o processo de

3 A pesquisa científica e a produção do conhecimento

criação do conhecimento (estruturado em forma piramidal) e que a divulgação ou compartilhamento dele constrói saberes. Também fica claro que, como assentam os autores já citados, o indivíduo (humano) é o agente transformador, construtor e consumidor nesta pirâmide, seja estruturando os dados, interpretado ou se apropriando das informações, seja desenvolvendo pesquisas científicas, ou divulgando e compartilhando novos conhecimentos. Portanto trata-se de um processo coletivo, dependente da interação entre diversos indivíduos.

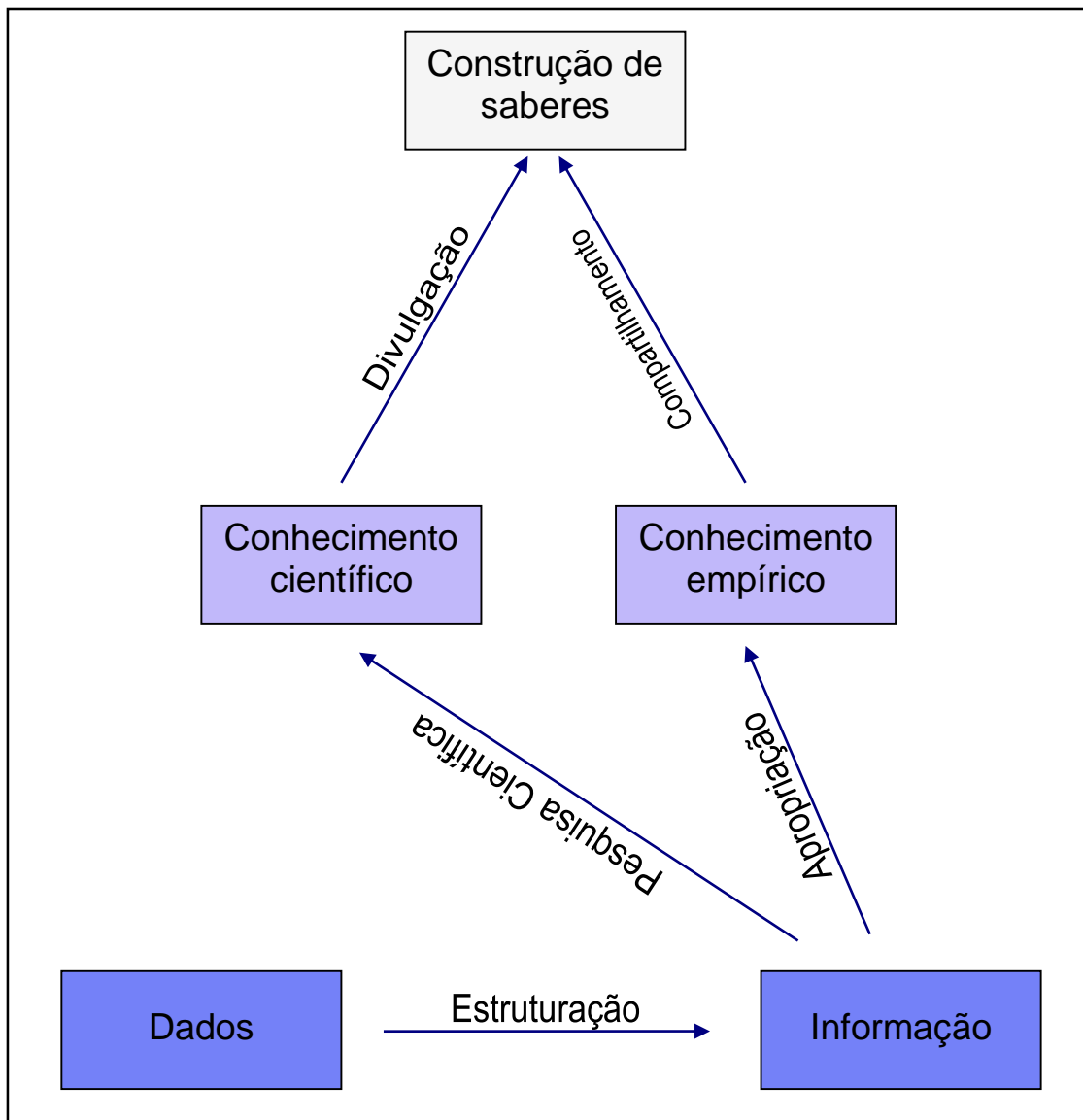


Figura 06: Pirâmide de construção de saberes
Fonte: O autor.

Para Morin (2005, p. 150) “todo conhecimento comporta aspectos individuais, subjetivos e existenciais” há entre o ser e suas ideias uma relação de caráter passional e “como qualquer paixão, a do conhecimento pode suscitar um engajamento total do ser, [... e o amor por essa] verdade pode proporcionar o gozo mais exaltado e conduzir ao êxtase”.

3.2 A pesquisa científica

O espírito científico é uma retificação do saber, um alargamento dos quadros do conhecimento. Para Bachelard (1968, p. 147), “toda a vida intelectual da ciência move-se dialeticamente sobre esse diferencial do conhecimento, na fronteira do desconhecido”, sendo a razão e a essência da reflexão, a compreensão do que não se compreendera.

A pesquisa científica, segundo Fonte (2010), objetiva fundamentalmente contribuir para a evolução do conhecimento humano em todos os setores, sendo sistematicamente planejada e executada segundo critérios rigorosos.

Para Köche (2002) uma investigação científica sempre se inicia com uma dúvida, um questionamento, com a constatação de que o conhecimento já existente não é suficiente para fornecer a resposta e com a necessidade de se produzir uma resposta correta, justificável, e que seja passível de prova.

Mas, o que é realmente uma pesquisa? Segundo Lakatos e Marconi (2001), “a pesquisa pode ser considerada um procedimento formal com método de pensamento reflexivo que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para se conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais”. Então, significa muito mais do que apenas procurar a verdade, mas

descobrir respostas para perguntas ou soluções para os problemas levantados através do emprego de métodos científicos.

Vendo por um prisma mais filosófico, Minayo (1996) considera a pesquisa como a atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É um fazer teórico de constante busca que está inserido num processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade que persegue a realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados coletados de tal realidade, ou seja, combinando conhecimentos prévios com novas variáveis ou informações.

A pesquisa é atividade imersa no cotidiano, Demo (2001) considera-a uma atitude, um questionamento sistemático crítico e criativo, que intervém de forma competente na realidade; é, pois, um diálogo crítico permanente com a realidade num sentido que agrega teoria e prática. Seguindo na mesma linha de pensamento, Cervo e Berviani (2002) definem a pesquisa científica como uma atividade voltada para a solução de problemas predeterminados através do emprego de processos científicos (metodologia passível de repetição).

A pesquisa tem um caráter pragmático, Gil (2002), da mesma maneira que os autores anteriormente apresentados, a conceitua como um processo formal e sistemático no qual é aplicado um método científico. O objetivo fundamental da pesquisa científica é fornecer respostas claras para problemas previamente delimitados, mediante o emprego de procedimentos metodológicos criteriosamente controlados.

Em outras palavras, Andrade (2003), ratifica que a pesquisa científica consiste no conjunto de procedimentos sistemáticos, baseado no raciocínio lógico, que tem por objetivo encontrar soluções para problemas propostos, mediante a utilização de métodos científicos.

Para Fonte (2010), antes de se iniciar uma pesquisa científica é necessário refletir sobre a mesma, assim como para construir um edifício. O trabalho de pesquisa é desenvolvido por etapas que se constituem num método, num caminho facilitador do processo, buscando mapear o andamento, evitar muitos imprevistos e esclarecer os rumos para o próprio pesquisador.

3.3 Conhecimento científico

O conhecimento não é um espelho das coisas ou do mundo externo. Morin (2000) afirma que todas as percepções são, ao mesmo tempo, traduções e reconstruções cerebrais com base em estímulos ou sinais captados e codificados pelos sentidos. Este conhecimento, ao mesmo tempo tradução e reconstrução, comporta a interpretação, o que introduz o risco do erro na subjetividade do conhecedor, de sua visão do mundo e de seus princípios de conhecimento.

O conhecimento científico surge, de acordo com Köche (2002, p. 29), da necessidade de o homem não assumir uma posição meramente passiva, de testemunha dos fenômenos, sem poder de ação ou controle dos mesmos. O conhecimento científico é um produto resultante da investigação científica, surge, então do “desejo de fornecer explicações sistemáticas que possam ser testadas e criticadas através de provas empíricas e da discussão intersubjetiva”.

De acordo com Théophilo (1998), o conhecimento científico diferencia-se dos demais, não pelo seu objeto, mas pela forma como é obtido, ou seja, através da pesquisa científica. Conforme Trujillo Ferrari (1982, p. 2), “a ciência é todo um conjunto de atitudes e atividades racionais, dirigido ao sistemático conhecimento, com objetivo limitado e capaz de ser submetido à verificação”. A ideia do autor em relação às atitudes capazes de ser repetidas a fim de certificação dos resultados, o que define como ciência, está em

consonância com a definição que outros autores fazem de conhecimento científico.

Exemplo dessa concordância, Köche (2002, p. 37) define conhecimento científico como aquele que é construído através de procedimentos que denotem atitude científica e que, por proporcionar condições de “experimentação de suas hipóteses de forma sistemática, controlada e objetiva e ser exposto a críticas, oferece maior segurança e confiabilidade nos seus resultados” bem como maior consciência dos limites da viabilidade das teorias que defende.

O desenvolvimento do conhecimento científico é poderoso meio de detecção dos erros e de luta contra as ilusões. Entretanto, para Morin (2000) os paradigmas que controlam a ciência podem desenvolver ilusões, e nenhuma teoria científica está imune para sempre contra o erro. Além disso, o conhecimento científico não pode tratar sozinho dos problemas epistemológicos, filosóficos e éticos.

3.4 A pesquisa em saúde

O desenvolvimento de uma pesquisa se dá mediante o processamento dos conhecimentos disponíveis e a cuidadosa utilização de métodos, técnicas e procedimentos científicos. Na realidade, a pesquisa desenvolve-se, segundo Gil (2002, p. 17), “ao longo de um processo que envolve inúmeras fases, desde a adequada formulação do problema até a satisfatória apresentação dos resultados”.

Para Coimbra Junior (1999, p. 887) “a pesquisa em saúde pública pode ter impactos sobre políticas, planejamento de estratégias de intervenção e de programas de saúde”. Castro (2003) defende que a temática da pesquisa em Saúde é muito variada e fortemente relacionada aos problemas da população.

Conseqüentemente, a pesquisa acadêmica acaba se voltando para a solução desses problemas e dando menor ênfase à pesquisa básica.

Muitas doenças e mortes poderiam ser evitadas pela aplicação dos conhecimentos e ferramentas já existentes. De acordo com o COHRED (*Council on Health Research for Development*, 2007, p. 8) as políticas para a melhoria da saúde devem aplicar conhecimentos já construídos, “eliminando o espaço entre o saber e o fazer”, investir em pesquisas para tentar entender os fatores que mantêm esses espaços abertos.

O COHRED (2007, p. 8) chama a atenção para a importância de a pesquisa, tanto qualitativa quanto quantitativa, se engajar em uma variedade de métodos de pesquisa, “incluindo pesquisas que investiguem a natureza e a extensão dos problemas de saúde subjacentes e suas causas etimológicas” examinando a relevância e a capacidade de transmissão de conhecimento.

Para Côrtes (1998, p. 14), “independentemente do tipo de informação com que se trabalhe, a fonte única de dados e o uso exclusivo de um método de análise são insuficientes para a comprovação de hipóteses”.

O método de pesquisa escolhido deve, portanto, ser capaz de “costurar” o problema de pesquisa, a curiosidade científica do pesquisador e as teorias do campo de conhecimento que ele se propõe a estudar. Segundo Morin (2005), dado o caráter multidimensional dos componentes do conhecimento e a complexidade dos problemas postos pela ciência, é necessário estabelecer o difícil diálogo entre a reflexão subjetiva e o conhecimento objetivo.

A necessidade de novas pesquisas é constante, na mesma proporção em que são inesgotáveis os temas que são abordadas por elas. O COHRED (2007, p. 8) afirma que o conhecimento e as ferramentas disponíveis nem sempre são suficientes ou adequados para resolver os problemas de saúde existentes, assim há “uma necessidade constante e sem fim de gerar novas

informações e desenvolver maneiras melhores, e mais efetivas de proteger e promover a saúde”.

Para Moraes (2007) é preciso entender a pesquisa como estratégia de criação e difusão de informação e conhecimento em saúde, a fim de melhorar as condições de participação da população nas decisões em relação às políticas públicas de saúde, ou seja, o efetivo controle social no planejamento do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Quando se trata de pesquisas em saúde é imprescindível a atenção quanto aos princípios da bioética, principalmente aquelas que envolvem informações sobre pacientes, contidas em prontuários médicos, em sistemas de informação em saúde, ou em qualquer outro suporte. Galvão e Ricarte (2012, p. 107) ressaltam que o acesso a informações desta natureza está diretamente relacionado com a garantia à privacidade e à confidencialidade expressos em diferentes acordos internacionais “como direitos humanos universais, indivisíveis e inalienáveis de toda pessoa”.

No contexto brasileiro, a mesma lei que garante o direito de qualquer cidadão ao acesso à informação, assegura esta premissa básica. A Lei de Acesso à Informação (LAI, Lei 12.527 de 2011), em seu artigo 25º, determina que é dever do estado controlar o acesso e a divulgação de informações sigilosas produzidas por seus órgãos e entidades, assegurando a sua proteção. Ainda tratando de informações sigilosas, a LAI, no artigo 31º, define que o tratamento de informações pessoais (dentre as quais se incluem as informações referentes à saúde individual) deve realizar-se de forma a assegurar o respeito à intimidade, vida privada, honra, etc., dotando estas informações de um grau de sigilo equivalente ao fechamento dos documentos por 100 anos.

O uso das informações sobre a saúde das pessoas requer, por parte das pesquisas em saúde, a garantia de anonimato dos sujeitos a que se referem, além disso, existe a exigência ética do consentimento do paciente para

uso das informações a seu respeito em pesquisas da área da saúde, ou de qualquer outra área.

Na sociedade moderna, a pesquisa científica tem ganhado cada vez mais espaço e destaque, sua importância se dá porque, de acordo com Mosquera (2006) representa um dos instrumentos que mais tem contribuído para a ampliação do conhecimento humano e também para o aumento da perplexidade ante os desafios que a história e o cotidiano nos apresentam.

Os avanços nas Tecnologias da Informação de Comunicação criaram as bases para grandes avanços na pesquisa em saúde, de acordo com o COHRED (2007), a capacidade de ler, armazenar, e compartilhar informações resultou em um maior entendimento dos processos de doença e cura. Nesse sentido, a pesquisa em saúde é obviamente indispensável ao crescimento e desenvolvimento desta ciência.

Atualmente as instituições de saúde, tanto privadas como públicas deparam-se com a necessidade de inovação, que inclui a produção de conhecimento, não apenas de modo linear, mas transdisciplinar, interativo e dinâmico incidindo sobre aspectos econômicos e sociológicos. Tal comportamento inovador envolve, além da apropriação tecnológica, o desenvolvimento de novos conhecimentos científicos.

De acordo com Rey-Rocha e López-Navarro (2014), embora a inovação não seja uma prioridade central, as diferentes instituições de saúde incluem-na nos seus modelos de gestão. Tais modelos também exigem atores sociais, não necessariamente ligados a algum setor específico. Os mesmos autores ainda afirmam que o sucesso da inovação depende destes e de outros agentes sociais, destacando que, no domínio dos serviços de saúde é essencial considerar os próprios profissionais de saúde como os usuários de inovação, e pacientes, como beneficiários finais desta.

3 A pesquisa científica e a produção do conhecimento

Tão importante quanto a inovação, é sua transferência, difusão, comunicação. Principalmente no que se refere a hospitais de ensino, que além dos desafios que qualquer hospital tem, precisam atuar como hospitais empreendedores, o que, para Etzkowitz (2003, apud REY-ROCHA e LÓPEZ-NAVARRO, 2014), abrange a preservação e transmissão do conhecimento, integrando, além dos cuidados de saúde, ensino e pesquisa, a promoção da inovação. Isto tudo exige um alto grau de interação dos hospitais de ensino, tanto com as diferentes esferas governamentais, como com os diversos setores da sociedade, uma vez que são produtores de bens e serviços, oferecendo treinamentos em áreas de conhecimento especializadas.

A pesquisa em saúde está incrustada na missão das instituições de saúde, na medida em que promovem a criação e o fluxo de conhecimentos, no entanto, as práticas de transferência de conhecimentos científicos para a prática clínica ainda são débeis. Rey-Rocha e López-Navarro (2014), ao analisarem o contexto espanhol, destacam a fraca participação dos hospitais daquele país na geração de retornos de pesquisas como ferramentas de diagnóstico, tratamentos e novas tecnologias, baseados na geração de patentes na área biomédica e tecnológica.

O conhecimento e as ferramentas disponíveis nem sempre são adequados para resolver os problemas de saúde existentes e, de acordo com o Ministério da Saúde (2007, p. 8), “há uma necessidade constante e sem fim de gerar novas informações e desenvolver maneiras melhores, e mais efetivas, de proteger e promover a saúde e de reduzir as doenças”. Isso implica um dilema de destinação dos escassos recursos para o financiamento de pesquisas ou investi-los na aplicação imediata dos conhecimentos já desenvolvidos.

A exemplo, destaca-se que, na ocasião da “epidemia global de pólio, nos anos 50, os formuladores de política em muitos países desenvolvidos foram forçados a fazer planos para a construção de pulmões de aço e de instalações hospitalares para abrigá-los” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, P. 8).

No Brasil há limitação de recursos financeiros e tecnológicos, bem como a escassez de pessoal qualificado. Além disso, Rey-Rocha e López-Navarro (2014) destacam que os sistemas de avaliação de atividades dificilmente favorecem ou recompensam programas de pesquisa, a menos que gerem patentes. Dessa forma, como incentivo à produção científica, é preciso reconhecer a importância das pesquisas, não apenas pela sua capacidade comercial, mas pelos benefícios na prestação dos serviços de saúde.

Os autores supracitados ressaltam que, num contexto de crise econômica, em que proliferam modelos orientados à gestão privada da saúde pública, esta abordagem exige uma evolução do modelo tradicional a outro que dê também atenção à inovação da investigação, da pesquisa científica e da comunicação ou transferência de conhecimentos.

RESUMO DO CAPÍTULO

O conhecimento é emancipatório, pois permite ao homem interpretar o mundo e a si mesmo. É, enfim, a representação intelectual da realidade indissociável do observador humano. A pesquisa científica representa um modo reflexivo, um caminho para a construção do saber, uma forma de conhecer a realidade, ou ainda, uma maneira de descobrir verdades parciais sobre determinada realidade.

CAPÍTULO 4

**OS ARQUIVOS MÉDICOS E OS
SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

ESQUEMA DO CAPÍTULO

OBJETIVO DO CAPÍTULO

4 OS ARQUIVOS MÉDICOS E OS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE

4.1 O prontuário de paciente

4.2 Os arquivos médicos como fonte de informação

4.3 Os Sistemas de Informação em Saúde no Brasil

4.3.1 O DATASUS – Departamento de Informática do SUS

4.3.2 O SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

4.3.3 O SIHD – Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado

4.3.4 O SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação

4.3.5 O SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

RESUMO DO CAPÍTULO

OBJETIVO DO CAPÍTULO

Analisar o contexto das fontes de informação em saúde no Brasil, especificamente aquelas que se encontram registradas nos prontuários de pacientes, custodiados por Arquivos Médicos e aquelas registradas nos diversos Sistemas de Informação em Saúde do SUS mantidos pelo Ministério da Saúde no Brasil.

... uma declaração sobre o mundo contém [...] o dito e o não dito. O dito é obviamente aquilo que a proposta apresenta, mas o não dito é aquilo que motiva, o que questiona [aquilo] que a proposta em si responde...

(C. LAWN)

4 OS ARQUIVOS MÉDICOS E OS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE

Os Serviços de Arquivo Médico e Estatística (SAME) ou simplesmente arquivos médicos são arquivos especializados, que de acordo com o DBTA (2005), constituem arquivos cujos acervos têm uma ou mais características comuns, como natureza, função ou atividade da entidade produtora, tipo, conteúdo, suporte ou data dos documentos, entre outras. No caso dos arquivos médicos, pode-se afirmar que possuem todas essas características: pela função da entidade que o produz, ou seja, instituições de saúde, bem como a natureza do seu conteúdo e suporte, que são informações sobre a saúde de pacientes, seja em suporte tradicional ou eletrônico.

Exemplo dessa definição, é o que o Hospital Sírio-Libanês, em seu site, define como finalidade de seu serviço de arquivo médico: guardar, conservar e garantir a privacidade dos prontuários de todos os pacientes. Funcionando como um grande banco de dados que auxilia a melhor compreensão do perfil e dos resultados dos tratamentos de cada paciente, além de reunir as estatísticas referentes às atividades diárias, mensais, anuais.

Outro exemplo, a instituição de saúde Casa André Luiz (instituição de saúde atuante em várias cidades do país, vinculada ao Centro Espírita Nosso Lar), que afirma que o seu arquivo médico é o setor responsável pela emissão, controle e guarda de documentos, relatórios, exames, censos, gráficos, estatísticas diversas, prontuários relativos aos assistidos além de controlar as internações, altas, transferências, remanejamentos e fornecer um perfil da clientela atendida.

Desde uma perspectiva estrutural, o arquivo médico, segundo Lopes e Noblat (1999), por sua natureza interdisciplinar, é um setor integrado à área técnico-administrativa na estrutura orgânica da instituição de saúde,

responsabilizando-se por efetuar e orientar o preenchimento e uso adequado dos prontuários pelos diversos grupos profissionais.

A finalidade principal da existência de um serviço de saquivo médico em um hospital, é garantir uma boa assistência ao paciente. Pois a qualidade e a quantidade de serviços prestados dependerão da observância rigorosa das informações contidas no prontuário médico e da sua utilização pelos profissionais da área da saúde.

Porém para atingir essa função, o arquivo médico precisa cumprir outras especificidades, de acordo com o que afirma Silva (2008) essas finalidades são: efetuar o registro dos pacientes, desde sua entrada na instituição, sua movimentação interna, até o momento de sua saída; fazer o controle quantitativo e qualitativo dos prontuários; cuidar da documentação do arquivo, guardando, ordenando e conservando; auxiliar a administração provendo de relatórios e análises dos serviços; fornecer dados que auxiliam os trabalhos do corpo clínico.

Sounis (1973) chamava a atenção para uma outra finalidade do arquivo médico. De acordo com ele, esse serviço, sendo uma fonte abundante de dados e informações, contribuir para elaboração de trabalhos e pesquisas científicas nos hospitais de ensino, o que é uma prática constante.

O arquivo médico é considerado por Mac Eachem, citado por Sounis (1973, p. 7), “o serviço responsável pela guarda adequada dos prontuários médicos dos pacientes e pela confecção de análises e relatórios necessários para demonstrar a qualidade e quantidade do serviço prestado”. Por possuir grande volume informacional, o autor considera-o um grande colaborador para o progresso da ciência médica, pois possui registro eficiente de dados.

O arquivo médico é um arquivo especializado e tem sob a sua custódia toda a documentação gerada no atendimento a pacientes. Sendo assim

cabe a ele a função de guarda e conservação dos prontuários de pacientes. Sua contribuição é imprescindível para o progresso da medicina. Os prontuários são analisados com o objetivo de verificar se estão devidamente preenchidos com clareza e exatidão nas informações.

De acordo com Silva (2008), devido ao alto grau de complexidade dos hospitais, os seus arquivos médicos, além de desempenhar a função de guardar, ordenar, conservar e disponibilizar seus prontuários, vêm assumindo um papel de disseminadores de informações. Essa face dos arquivos é evidenciada principalmente pelo seu uso quando da elaboração de pesquisas científicas em diversas áreas do conhecimento.

A relevância dos arquivos médicos para as Ciências da Informação, de acordo com Silva (2008), reside na aplicação prática de princípios aliados a tecnologia, tornando-se um elemento tático para a gestão da informação. Na área das ciências da saúde são importantes fontes de informação tanto para suas rotinas, quanto para o desenvolvimento de pesquisas, fornecendo importante subsídio para o ensino profissional.

Este capítulo explora o universo das informações em saúde, ou seja, o universo dos prontuários médicos (ou prontuários de pacientes) e dos arquivos médicos, sendo o formato e suporte tradicional da informação sobre a saúde da população, bem como o universo dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) no Brasil, que constituem fontes secundárias de informações em saúde, ou compilações de informações extraídas de prontuários de pacientes.

4.1 O prontuário de paciente

O prontuário de paciente, ou prontuário médico é um dossiê, um conjunto de documentos referentes a um paciente e sua(s) doença(s), é, portanto, a unidade documental básica de um arquivo médico e suporte físico

das informações que refletem as atividades de atenção à saúde de cada indivíduo, usuário de serviços de saúde.

Segundo Plácido e Silva, citados por Klein (1995), juridicamente o prontuário, designa toda espécie de fichário ou livro de apontamentos, onde devidamente classificada e em certa ordem, tem-se disposta uma série de informações que devam ser de pronto encontradas.

Já para Mac Eachern (apud Silva, 1991), prontuário é o conjunto de documentos relativos à história da vida do paciente e de sua doença, descrita de modo claro e conciso, sob o ponto de vista dos profissionais da saúde, e também uma garantida à necessária uniformidade estatística. Nesse sentido, entende-se por prontuário o conjunto de documentos gerados pelos profissionais de um hospital que estão envolvidos no atendimento ao paciente. Essa documentação é produzida em nível de atendimento ambulatorial ou de internação hospitalar.

O prontuário é chamado ainda hoje de prontuário médico na maior parte dos hospitais do Brasil. Porém, em nível internacional esta abordagem está se modificando, pois o usuário é o objeto de todas as informações constantes no prontuário e principal beneficiário destas. Por outro lado, o paciente é assistido por uma equipe de profissionais de múltiplas áreas. Portanto, de acordo com Lawlor e Stone (2001) o adjetivo “médico” empregado para os prontuários não parece refletir adequadamente a situação e, por este motivo, está sendo progressivamente substituído por “paciente”.

Segundo Blois e Shortliffe (1990), a evolução do prontuário de paciente é paralela ao desenvolvimento da medicina. O relatório Flexener de 1910 é o primeiro documento sobre conteúdos e funções do prontuário. Ao defender uma abordagem científica à educação médica, ele também encorajava os médicos a manterem um registro meticuloso de suas ações orientado ao paciente.

4 Os arquivos médicos e os sistemas de informação em saúde

Na década de 40, as organizações de saúde passaram a exigir um registro mínimo de informações sobre os pacientes, como condição para o credenciamento de hospitais. Estas informações mínimas deveriam conter dados demográficos, diagnósticos de internação e de alta, período de internação, e procedimentos importantes realizados. Nos anos 60, surgiram os Sistemas de Informações Hospitalares, com a função inicial de permitir a comunicação e o processamento de informações em saúde.

A introdução do prontuário médico orientado a problemas, proposto por Lawrence Weed (1969), influenciou fortemente o raciocínio médico sobre prontuários. Este autor sugeriu uma nova perspectiva para o registro de informações, centrado nos problemas detectados, associados a diagnósticos, terapias e procedimentos adotados.

Sabe-se que no passado, o médico de família guardava em sua memória as informações referentes aos seus pacientes, é óbvio que sem anotações se tornava difícil outro profissional assumir o caso, pois não tinha história clínica para dar continuidade ao acompanhamento. Porém, atualmente, a medicina moderna exige o trabalho em equipe multidisciplinar, aumentando a importância de um correto registro para proporcionar atendimento rápido e eficiente.

A evolução dos registros médicos no Brasil surge com a criação das escolas médicas. Em algumas instituições de saúde, os registros médicos já atingiram um nível de qualidade perfeitamente aceitável. Dando suporte à continuidade do tratamento ao paciente e permitindo o acesso à pesquisa. Proporcionam também ao hospital os dados necessários para avaliações de qualidade da assistência prestada, bem como para atestar a eficiência do trabalho dos profissionais.

Em 1944, o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, implantou um Serviço de Registros Médicos e Estatística de forma organizada,

de acordo com Moraes (1991). O sistema foi adotado pelo Instituto Nacional de Previdência Social, o que contribuiu para sua consolidação no âmbito nacional.

A partir desse momento uma nova era teve início, com relação aos registros das informações dos pacientes. Essas mudanças ocorreram não tanto por convicção da necessidade de manter a história clínica dos pacientes organizada, mas principalmente com a finalidade de obter do INAMPS, o credenciamento de leitos hospitalares. (LEVCOVITZ e PEREIRA, 1993).

O Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução N.º 1246 de 1968 do Conselho Federal de Medicina, estabelece, no artigo 69, a obrigatoriedade de elaboração de prontuário para cada paciente. O mesmo documento normativo também define o prontuário como sendo um

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

Um bom cuidado médico, geralmente representa um bom prontuário. Por isso é necessário que haja um registro claro, preciso e objetivo das observações, do tratamento e do cuidado prestado por todos os profissionais responsáveis pelo paciente, pois o prontuário é o elemento fundamental que indica a qualidade dos serviços prestados, pelo hospital e seu corpo clínico.

De acordo com Moraes (1991), o prontuário, para ser completo, deve conter informações suficientes para identificar o paciente, apoiar o diagnóstico, justificar o tratamento e registrar os resultados. De acordo com o Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução N.º 1.638 de 2002, devem ser partes integrantes do prontuário itens de identificação do paciente através do nome, da data de nascimento, nome da mãe, sexo, naturalidade, endereço.

4 Os arquivos médicos e os sistemas de informação em saúde

Estão incluídas no prontuário as folhas de anamneses, exames, hipóteses diagnósticas, bem como diagnósticos definitivos e conseqüentemente tratamentos efetuados. Também fazem parte do prontuário os relatórios da evolução do paciente internado com a discriminação de todos os procedimentos realizados, e a identificação dos profissionais responsáveis.

O ponto de partida para a elaboração de um bom prontuário é admitir e reconhecer a múltipla utilidade desse documento. De acordo com Conselho Federal de Medicina em seu Parecer N.º 1.639 de 2002, o prontuário é um documento de manutenção permanente pelos estabelecimentos de saúde. Este parecer ainda recomenda que os documentos médicos em suporte papel sejam arquivados por tempo não inferior a vinte anos a partir do último registro de atendimento ao paciente. Findo o prazo, o original pode ser substituído por uma mídia capaz de garantir a recuperação das informações nele contidas de forma segura e eficiente.

O prontuário constitui principal suporte da informação médica. Em meio a seus vários usos, ele destaca-se como objeto onde são coletados dados para inúmeras pesquisas. Como mostra a Figura 07, estas pesquisas resultam na publicação de grande quantidade de trabalhos científicos que além de servirem para o avanço da ciência e para a comunidade acadêmica, também servem para a população obter conhecimentos e, de certa forma, uma prestação de contas dos serviços que estão sendo prestados na área. O fluxo de informação em saúde se completa quando os conhecimentos gerados por estas pesquisas realimentam o sistema, e dão respaldo a equipe profissional que atenderá o paciente, e incluirá novo volume de informações em seu prontuário.

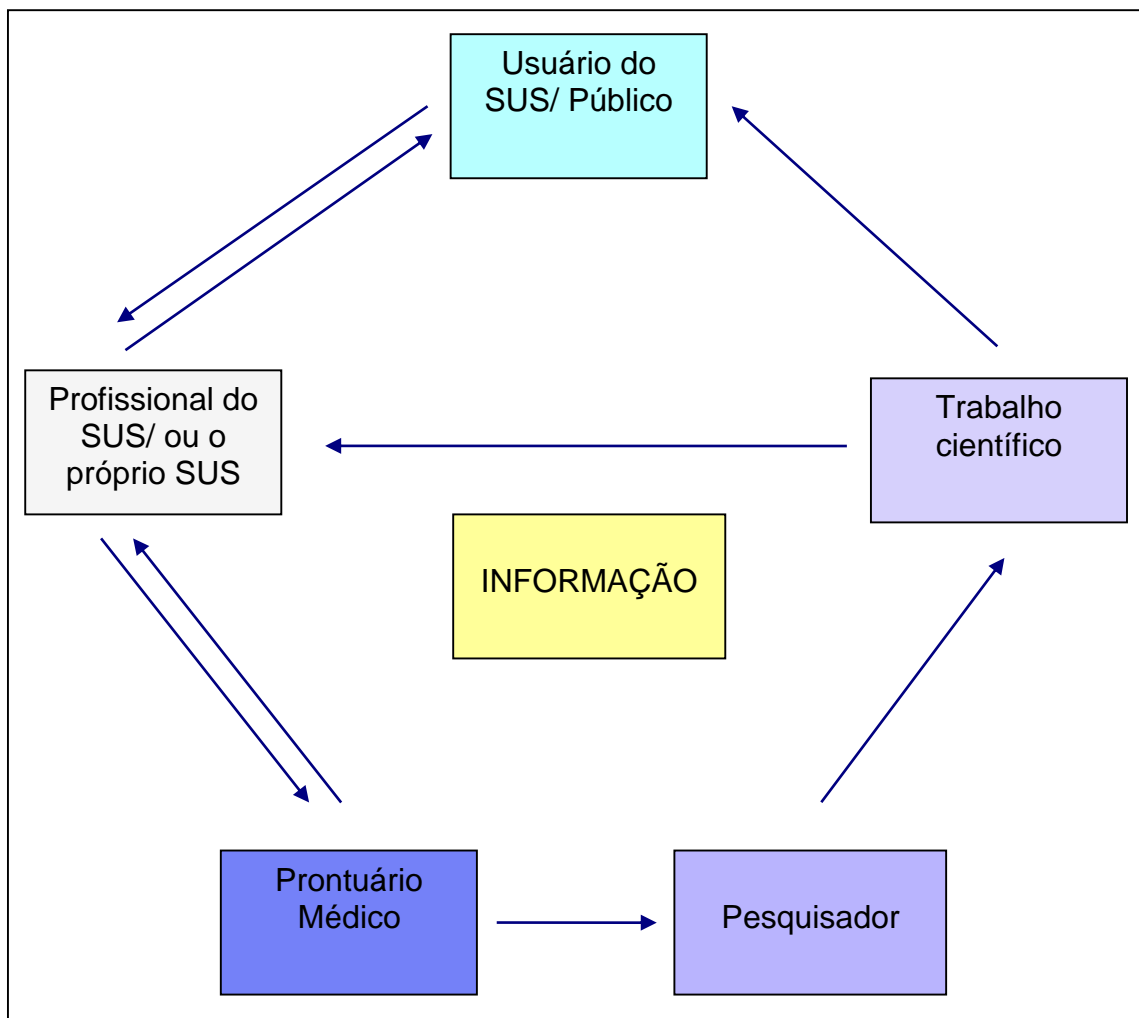


Figura 07: Ciclo da informação médica.
Fonte: O autor.

As atribuições dos diferentes profissionais devem ser perfeitamente identificadas no que se refere ao uso e preenchimento do prontuário para evitar omissões que resultam em prejuízos. A representação escrita da atividade realizada por cada setor e de cada profissional deve ser cuidadosa, e possuir uma linguagem clara e concisa, evitando códigos pessoais, taquigrafias ou gírias. Com essa atenção pode-se garantir boa comunicação entre as equipes que tratam do mesmo paciente, além de facilitar o uso dos prontuários em coletas de dados de pesquisas acadêmicas.

No Brasil, nos últimos anos, tem sido implantados sistemas de prontuário eletrônico, porém, é uma realidade ainda incipiente e que requer muito esforço nos hospitais públicos. Aos poucos estão sendo utilizados sistemas

eletrônicos de prontuários de pacientes nestas instituições, porém, em sua maioria, não permitem o acesso pelo paciente, que poderia, em algumas etapas do ciclo apresentado anteriormente, acessar e complementar com informações de seu domínio, ou ainda acompanhar o próprio tratamento. Este não acesso se dá principalmente por três motivos: primeiramente, em sua maioria, estes sistemas estão em estágio inicial; além disso, de maneira geral, não há esforços das instituições em incluir o paciente no ciclo de informações; em terceiro lugar, os usuários destas instituições não têm acesso, nem domínio, sequer às tecnologias mais básicas para este tipo de participação.

Os prontuários médicos, independentemente do seu suporte, tradicional ou eletrônico, são fontes de informações que permitem a realização de estatísticas de instituições de saúde, além disso, alimentam os sistemas de informação em saúde do SUS. Estes sistemas são de extrema importância para a tomada de decisões e planejamento de políticas sanitárias, controles epidemiológicos e serviços de vigilância.

4.2 Os arquivos médicos como fonte de informação

No ambiente de rápidas transformações mundiais, Veiga (2006) atribui como principal característica a quantidade de informações, uma vez que as ações, por mais simples que sejam, acabam por gerar e utilizar um volume cada vez maior de dados. Por isso, as atividades diárias passaram a se desenvolver de forma integrada, buscando facilitar não só a obtenção, mas também a assimilação das informações necessárias à tomada de decisões.

As mudanças que surgiram com os avanços tecnológicos e os novos ambientes de trabalho, para Figueiredo (1994), vieram facilitar a vida do homem contemporâneo e, ao mesmo tempo, proporcionar a execução de operações cada vez mais complexas resultantes da ampliação do uso das tecnologias da informação e das próprias informações.

Neste contexto, Lopes (1997), define arquivo como acervos compostos por informações orgânicas originais, contidas em documentos registrados sobre qualquer suporte, e conjunto de documentos produzidos ou recebidos por uma pessoa física ou jurídica, decorrentes do desenvolvimento de suas atividades, sejam elas de caráter administrativo, técnico ou científico, independentemente de suas idades ou valores intrínsecos.

Outra definição de arquivo como “conjunto de documentos, produzidos e acumulados por uma entidade coletiva, pública ou privada, pessoa ou família, no desempenho de suas atividades, independentemente da natureza do suporte”, é a referência encontrada no Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística (Arquivo Nacional, 2005, p. 27) sua vez conceitua arquivo como

As informações arquivísticas, no caso da administração pública, estão relacionadas aos documentos que resultam das atividades governamentais, os arquivos devem estar disponíveis ao público, consideradas as definições de sigilo definidas pela legislação.

É necessário qualificar as ações governamentais, estabelecendo um acesso efetivo às informações. Para implementar esta tarefa, e também como forma de potencializar as atividades dos arquivos, é necessário ver os arquivos como agentes da esfera pública, nos termos preconizados por Habermas (1984). Esta visão amplia a função dos arquivos enquanto parte da estrutura de Estado (não de governo, a distinção é necessária), pois poderiam servir na tarefa de mediador da esfera pública.

Em uma sociedade democrática, as ações do Estado precisam receber ampla divulgação, guardadas apenas as regras de sigilo relativas aos itens de segurança. Para que isto seja efetivado, mesmo estas regulamentações precisam ser objeto de debate público, sob pena de se estabelecer princípios que impeçam o acesso à informações específicas de um determinado governo, e que continuem estabelecendo estratégias de negação da transparência governamental.

4 Os arquivos médicos e os sistemas de informação em saúde

O conceito de atributos informacionais, que consistem em elementos do registro documental, capazes de fazer valer a tarefa mais evidente de uma informação, tornam conhecidos determinados conjuntos significativos de dados, capazes de modificar o estado original de seu receptor. Exemplo de aplicação desta noção é uma unidade de saúde instalada numa vila da periferia, onde os baixos índices de alfabetização contribuem para a desinformação, não deve ser utilizado um vocabulário médico rebuscado, pois neste caso, embora a comunicação possa estar ocorrendo, a compreensão da mensagem estará obliterada pela incapacidade cognitiva do receptor, ou seja, o usuário daquele serviço de saúde pode não assimilar a informação, pela limitação do seu saber.

Para Veiga (2006) o debate sobre o papel social dos arquivos torna-se essencial no mundo contemporâneo de democratização da informação. Reflete-se sobre o lugar que os arquivos ocupam na estrutura do Estado, entendendo que eles podem desempenhar um papel privilegiado como agente de comunicação e informação.

Para isto, os arquivistas precisam superar a visão estática sobre sua prática profissional e sobre os arquivos. No cenário da sociedade da informação, as informações arquivísticas devem estar acessíveis aos cidadãos, e os arquivistas devem ser um vetor de uso para os arsenais informacionais que mantêm sob sua guarda.

O acesso às informações facilita o desenvolvimento da cidadania e a conquista dos direitos. Refletindo sobre a esfera pública, demonstra-se que sua modificação estrutural, causada pela reorganização das funções da imprensa, abriu caminho para uma nova atividade dos arquivos.

Informações de qualidade registradas em prontuários de pacientes durante o processo da assistência podem ser coletadas e sistematizadas tendo em vista diversas problemáticas, como exemplificam Galvão e Ricarte (2012) quando citam as pesquisas epidemiológicas desenvolvidas a partir de prontuários ou de sistemas de informação em saúde.

Galvão e Ricarte (2012, p. 246) analisam algumas pesquisas de grande relevância para a saúde pública, as quais usam prontuários médicos como fontes de informações, ou ainda informações secundárias de sistemas de informação em saúde. Uma destas pesquisas “avaliou o custo do subprograma de controle da tuberculose [...] utilizando como fonte prontuários dos pacientes da referida doença”. Foram levantados os dados de 10.877 prontuários do Centro de Saúde Escola de Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, e os autores daquele estudo identificaram indícios importantes da prevalência da doença sobre determinada população, realização dos diagnósticos de infecção e coinfeção da tuberculose e do vírus da imunodeficiência humana (HIV).

As unidades de informação em saúde, sejam quais forem, atuam correlacionadas no processo de formação do saber em saúde. Como afirma Costa (2009, p. 312), os arquivos médicos de instituições de saúde possuem grande relevância na produção do conhecimento, destacando a importância da comunicação de pesquisas realizadas nestes locais, visto que “a comunidade também pode ser beneficiada com tudo isso, já que a informação em saúde é de extrema importância ao bem estar social”, salientando a conseqüente melhoria na qualidade do entendimento do cidadão comum, pois apresenta as informações dotadas de interpretação, o que facilita a difusão do conhecimento.

Os arquivos médicos, como fontes de informação, para Galvão e Ricarte (2012) possibilitam a produção de conhecimentos em diferentes áreas que podem ser úteis tanto para a assistência individual, como para a saúde pública. Os prontuários de pacientes permitem análises cuidadosas, sob diversos pontos de vista, apresentando variadas interpretações.

4.3 Os Sistemas de Informação em Saúde no Brasil

Para entender a experiência brasileira em Sistemas de Informação em Saúde (SIS), primeiro é preciso conhecer este conceito, que de acordo com a Organização Mundial de Saúde é

um conjunto de componentes que atuam de forma integrada por meio de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no Sistema de Saúde. Seu propósito é selecionar dados pertinentes e transformá-los em informações para aqueles que planejam, financiam, proveem e avaliam os serviços de saúde. (OMS, 1981, 42)

Segundo Coelho (2004), os Sistemas de Informação em Saúde ajudam na identificação de problemas e riscos para a saúde, com o propósito de avaliar a influência e eficácia dos serviços prestados sobre o estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados. Ao definir a necessidade do desenvolvimento de SIS, normalmente se tem uma meta a ser alcançada com as informações gerenciadas por este. O produto dos SIS pode ser considerado como reservas de informações, pois a partir dos dados armazenados podem ser gerados conhecimentos de qualidade, onde e quando necessários.

De acordo com o Ministério da Saúde (2009), as informações sobre saúde no Brasil são tradicionalmente fragmentadas, distribuídas pelas diferentes instituições que atuam nas diversas esferas do país. No passado, a falta de unificação nos procedimentos de gestão das informações em saúde gerava problemas, em graus variáveis, de cobertura e qualidade dos vários bancos de dados existentes.

As informações epidemiológicas provinham principalmente de serviços e programas verticais, como materno-infantil, saúde escolar, malária, tuberculose, hanseníase e controle de poliomielite, refletindo panoramas e tendências de cada evento. Por serem inconsistentes, duplicados, triplicados, os

dados não eram dotados de confiabilidade, acarretando impossibilidade de análise da realidade, ou seja, havia grande volume de dados, porém esparsos, sem possibilidade de transformarem-se em conhecimentos coerentes e úteis para a tomada de decisões.

No Brasil, nos anos de 1970, com a necessidade crescente de informações na área da saúde, de acordo com Santos (2009), ocorreram dois fatos marcantes para a história dos SIS.

O primeiro foi a criação da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (DATAPREV), em 1974, cuja finalidade era a de análise de sistemas, programação e execução de serviços de tratamento da informação e o processamento de dados por computação eletrônica e serviços correlatos. (SANTOS, 2009, p. 26)

O segundo fato, ainda de acordo com Santos (2009), ocorreu em 1975, e foi a realização da 1ª Reunião Nacional sobre Sistemas de Informação em Saúde, que teve por finalidade assegurar a participação dos níveis estaduais na definição dos objetivos e planos de ações para o desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. Nesta época foi criado também o Núcleo de Informática da Secretaria Geral do Ministério da Saúde com o ofício de delinear e programar os Sistemas de Informações em Saúde. Neste período, mesmo com esta primeira visão de um SIS para todo o país, foram desenvolvidos sistemas de informações específicos para o atendimento aos programas emergenciais institucionalizados.

Desde a criação do SUS, o Brasil vem conquistando importantes avanços na prestação de serviços de saúde pública, da mesma forma, os sistemas de informação em saúde vêm evoluindo e se adequando às novas tecnologias e realidades do SUS, assim evolui o tratamento dos dados: a inserção e produção, organização, e uso, em processos colaborativos e participativos de redes de comunicação.

Na década de 80 ocorreram os primeiros avanços em direção à descentralização dos SIS. Santos (2009, p. 27) afirma que com a propagação

4 Os arquivos médicos e os sistemas de informação em saúde

dos sistemas de mortalidade e morbidade, informações municipais foram agregadas. Mais recentemente, nos anos 90, importantes esforços foram feitos pelo Ministério da Saúde para a consolidação dos SIS, como: “a criação da Rede Nacional de Informações de Saúde (RNIS), com o intuito de disseminar e permutar as informações de saúde, disponibilizadas pelos SIS, através da internet para auxiliar os diversos atores do SUS nas atividades de gestão, planejamento e pesquisa”; além da criação da Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA), como uma das principais estratégias para a potencialização e aperfeiçoamento das informações disseminadas de forma eletrônica, com base nos sistemas nacionais de informação.

De acordo com Santos (2009), existem três categorias de SIS do Ministério da Saúde: os Sistemas de Informações Assistenciais, os Sistemas de Informações Epidemiológicas e os Sistemas de Informações Demográficas e Socioeconômicas (produto construído em conjunto com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, como os dados censitários, Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) e Indicadores Básicos para Saúde).

Basicamente, os SIS têm como objetivos a unificação a qualidade das fontes de informação em saúde, por meio do armazenamento, tratamento e disseminação da melhor forma possível dos dados para os diferentes públicos: profissionais e gestores da saúde, acadêmicos, usuários do SUS e também sociedade em geral.

Os principais sistemas de informação em saúde do SUS brasileiro são: o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, o Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado, o Sistema de Informações de Agravos de Notificação, o Sistema de Informações sobre Mortalidade, o Sistema de Informações Ambulatoriais e o Sistema de Informações da Atenção Básica. Estes sistemas (veja Quadro 03) são gerenciados pelo DATASUS (Departamento de Informática do SUS), e alimentados pelas instituições de saúde nas diversas esferas de todo o país com dados provenientes dos

documentos produzidos nas unidades de atenção, ou seja, dos prontuários de pacientes.

Sigla	Nome	Categoria	Ano de início	Documento fonte dos dados
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos	Sistema de informações epidemiológicas	1990	Declaração de Nascido Vivo
SIHD	Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado	Sistema de informações assistenciais	1991	Autorização de Internação Hospitalar
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação	Sistema de informações epidemiológicas	1993	Ficha individual de notificação Ficha individual de investigação
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade	Sistema de informações epidemiológicas	1975	Declaração de Óbito
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais	Sistema de informações assistenciais	1994	Boletim de produção ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica	Sistema de informações assistenciais	1998	Formulários de cadastro e seguimento das famílias atendidas pelas equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde

Quadro 03: Descrição dos principais SIS brasileiros.
Fonte: Camargo Jr. Et Al (2007) [Modificado pelo autor].

De acordo com o Ministério da Saúde (2009, p. 143), os Sistemas de Informação em Saúde, mesmo aqueles que originalmente não tenham sido elaborados para vigilância epidemiológica, como o SIHD, fornecem importantes contribuições para a avaliação da situação de saúde das diversas regiões

brasileiras. As características do sistema de saúde brasileiro, como a descentralização da gestão, “impulsionaram as iniciativas do Ministério da Saúde na elaboração de ferramentas que auxiliem os gestores nas diferentes esferas de governo a obter as informações conforme suas necessidades”. Este processo de descentralização tem facilitado um maior envolvimento dos gestores locais na melhoria da captação dos dados e sua incorporação nos SIS, bem como na utilização destas informações no âmbito local.

A seguir serão conceituados, contextualizados e explorados alguns dos principais SIS brasileiros, bem como o Departamento de Informática do SUS, que é responsável pela sua gestão. É importante ressaltar que os dados que alimentam estes sistemas de informação provém de documentos integrantes de prontuários de pacientes, portanto de arquivos médicos das diversas instituições de saúde públicas e privadas de todo o país, ficando clara a extrema relevância dessas fontes primárias para a construção e manutenção destes sistemas como fontes secundárias de informação.

4.3.1 O DATASUS – Departamento de Informática do SUS

O Departamento de Informática do SUS, o DATASUS, é um órgão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde com a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde no Brasil. Foi criado em 16 de janeiro de 1991, pelo Decreto n.º 100, de mesma data, em esforços conjuntos entre Ministério da Saúde e Ministério da Previdência Social, com transferência de equipamentos e pessoal, acordos de cooperação técnica para a manutenção e atualização de dados.

O DATASUS administra informações: indicadores de saúde, assistência à saúde, informações epidemiológicas e de morbidade, informações sobre a rede de assistência à saúde, estatísticas vitais, informações demográficas e socioeconômicas, bem como e informações financeiras

referentes aos recursos do Fundo Nacional de Saúde transferidos aos municípios, aos créditos aos prestadores de serviços de saúde, aos orçamentos públicos de saúde declarados pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios.

É responsável, também, pelos sistemas e *softwares* necessários para registrar e processar as informações de saúde. Um exemplo, de acordo com o Portal da Saúde¹ (2014) é o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que contém todas as informações sobre a base instalada para atendimento à população no país: equipamentos, leitos e os profissionais, por especialidade, com informações tanto do segmento privado conveniado ao SUS quanto do segmento público. Esta e outras bases de dados são de acesso público e podem ser consultadas no Portal da Saúde, não somente por profissionais e gestores da saúde, mas por qualquer cidadão.

Ainda de acordo com o Portal da Saúde (2014), O DATASUS “disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisões baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde.” A mensuração do estado de saúde da população é uma tradição em saúde pública. Teve seu início com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência (Estatísticas Vitais - Mortalidade e Nascidos Vivos), com os avanços no controle das doenças infecciosas (informações epidemiológicas e de morbidade) e com a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes populacionais, a análise da situação sanitária passou a incorporar outras dimensões do estado de saúde.

O DATASUS disponibiliza dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, que passaram a ser métricas utilizadas na construção de indicadores de saúde, que se traduzem em informação relevante para a quantificação e a avaliação de serviços de saúde pública. Também, no Portal da Saúde são encontradas

¹Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br>>, acesso em junho de 2014.

4 Os arquivos médicos e os sistemas de informação em saúde

informações sobre assistência à saúde da população, os cadastros das redes hospitalares e ambulatoriais (rede assistencial), o cadastro dos estabelecimentos de saúde, além de informações sobre recursos financeiros e informações demográficas e socioeconômicas.

Quanto à alimentação dos SIS, Marcondes (2009, p. 126) ressalta que na cultura da informação, a demanda por dados é, potencialmente, retroalimentada, ou seja, “quantos mais dados se tem, mais se precisa coletar e com mais qualidade, a fim de manter os registros e acompanhamentos sistemáticos sobre longos períodos de tempo”. Assim, cada região do país tende a zelar pela coleta dos dados, uma vez que quanto maior a consistência e fidelidade destes, melhor poderão ser aplicados para a tomada de decisões locais e regionais.

Uma das preocupações do DATASUS é assegurar não somente a disseminação das informações em saúde, mas garantir a qualidade destas informações. Em consonância, Lima *et al.* (2009, p. 124), destacam que,

Igualmente importante é garantir a acessibilidade das informações, tanto para atingir a camada da população com algum tipo de deficiência, como para permitir o uso das ferramentas de disseminação e análise das informações para as plataformas [...] cada vez mais diversificadas, em função dos programas de apoio ao *software* livre. Quanto à ampliação da rede de disseminação, dada a importância crescente da internet como veículo de [...] comunicação, sua expansão deve ser perseguida por meio do apoio e fomento aos programas de inclusão digital, para unidades gestoras de controle social e executoras do setor Saúde, bem como para os cidadãos em geral.

Nesta perspectiva, Marcondes (2009) chama atenção para a necessidade de conhecer os diferentes usuários dos sistemas de informação, seus interesses específicos e demandas distintas. Os usuários acadêmicos e atores de movimentos sociais ligados ao controle social tendem a demandar os dados aplicados a identificação de indicadores, como por exemplo, os socioeconômicos, que os aproximarão aos seus objetos de estudos ou das causas pelas quais lutam. Assim, também, os profissionais que se aproximam

da gestão das informações, seja nos seus próprios sistemas, seja no cotidiano do SUS, tendem a primar pela qualidade das informações, restringindo a quantidade de dados, não sobrecarregando o sistema e potencializando ganhos de qualidade dos dados.

O desafio do DATASUS é desenvolver políticas e ações de comunicação das informações em saúde de maneira eficiente, e voltadas para o controle social, o que significa atingir efetivamente todos os seguimentos da população. Porém Lima *et al.* (2009) ressaltam que informações disponibilizadas em indicadores e tabelas podem gerar restrições à interpretação por parte de usuários leigos, mesmo aqueles que atuam nos Conselhos de Saúde, sendo imperativo criar uma linguagem de exposição e instrumentos que auxiliem o entendimento por parte dos atores sociais.

4.3.2 O SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos é uma base de dados nacional, gerenciada pelo DATASUS, em conjunto com o Centro Nacional de Epidemiologia, contendo os principais dados sobre os nascidos vivos no Brasil, com suas características mais importantes. A origem do SINASC encontra-se no final da década de 1980, atrelada à própria origem do SUS e dos SIS. Almeida (1998) diz que naquele período houve um crescimento da informatização dos serviços de saúde, o que potencializou a demanda pela descentralização da produção, análise e disseminação das informações em saúde.

A partir de diversos estudos que identificaram a necessidade da criação de uma base de dados para captação e gestão das informações referentes aos nascimentos no país, e inspirado no já bem sucedido exemplo do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil e de outros sistemas de outros países. Foi criado e implementado em todo o território nacional o

formulário padronizado que iria servir como documento fonte dos dados a ser coletados, a Declaração de Nascido Vivo (DNV).

A Declaração de Nascido Vivo é preenchida pelos hospitais em três vias, ou pelos cartórios e secretarias de saúde, quando os partos não são hospitalares. Sobre o destino das diversas vias deste documento, Viacava (2009) esclarece que a primeira via é encaminhada ao órgão regional responsável pela captura e registro dos dados no SINASC, a segunda via é encaminhada pelos familiares aos cartórios de Registro Civil que, emitirá a Certidão de Nascimento, e a terceira permanece no prontuário da mãe, na unidade de saúde onde ocorreu o parto.

A estrutura e o conteúdo da Declaração de Nascido Vivo vêm sendo alterados desde sua origem em 1990, sendo que sua forma atual encontra-se inalterada desde 2011. Atualmente os dados fornecidos pelo DATASUS a partir do SINASC encontram-se descritos no Quadro 04.

DADO	DESCRIÇÃO
Nascimento por residência da mãe	Número de nascidos vivos, contados segundo o local de residência da mãe.
Nascimento por ocorrência	Número de nascidos vivos, contados segundo o local de ocorrência do nascimento.
Local	Local (município, região metropolitana, microrregião, aglomerado urbano, regional de saúde, macrorregional de saúde, UF ou região) de residência da mãe (se estiver sendo tabulado nascidos vivos por residência) ou de ocorrência do nascimento (se estiver sendo tabulado nascidos vivos por ocorrência).
Ano do Nascimento	Ano de ocorrência do nascimento. Estão disponíveis os dados a partir de 1994, apesar de algumas UF terem iniciado a coleta antes desta data.
Local de ocorrência	Local de ocorrência do parto
Idade da mãe	Faixa etária da mãe, dividida em categorias de cinco anos.
Instrução da mãe	Escolaridade da mãe

DADO	DESCRIÇÃO
Estado civil mãe	Estado civil da mãe, nas seguintes categorias: solteira, casada, viúva, separada judicialmente, união consensual, ignorado.
Duração gestação	Idade gestacional em semanas.
Tipo de gravidez	Tipo de gravidez, conforme as seguintes categorias: única, dupla, tripla ou mais, ignorada.
Tipo de parto	Tipo de parto, conforme as seguintes categorias: vaginal, cesáreo, fórceps/outro, ignorado.
Consultas pré-natal	Número de consultas de pré-natal.
Sexo	Sexo do nascido
Cor/raça	Cor/raça do nascido, conforme as seguintes categorias: branca, preta, amarela, parda, indígena, ignorado.
Apgar² 1º minuto	Valor do Apgar no 1º minuto de vida do nascido
Apgar 5º minuto	Valor do Apgar no 5º minuto de vida do nascido
Peso ao nascer	Peso ao nascer, dividido em categorias de 500 gramas.
Anomalia congênita	Indicativo de existência de anomalia congênita, conforme as seguintes categorias: sim, não, ignorado.
Tipo de anomalia congênita	Tipo de anomalia congênita, conforme as seguintes categorias: Espinha bífida (Q05), Outras malformações congênitas do sistema nervoso (Q00-Q04,Q06-Q07), Malformações congênitas do aparelho circulatório (Q20-Q28), Fenda labial e fenda palatina (Q35-Q37), Ausência atresia e estenose do intestino delgado (Q41), Outras malformações congênitas aparelho digestivo (Q38-Q40,Q42-Q45), Testículo não-descido (Q53), Outras malformações do aparelho geniturinário (Q50-Q52,Q54-Q64), etc.

Quadro 04: Dados disponíveis pelo SINASC.
Fonte: Portal da Saúde, MS.

Quanto à avaliação e qualidade dos dados e do próprio SINASC, Almeida *et al* (2009) defendem que a implantação deste sistema atendeu aos requisitos pré-definidos, desde a existência de um plano, documentação adequada, controle de qualidade, definição dos eventos, definição das variáveis,

² O Teste APGAR é uma ferramenta para avaliar as condições gerais de saúde do recém-nascido aplicado no primeiro e no quinto minutos de vida; são analisados dados como: respiração, batimentos cardíacos, tônus muscular e reflexos.

coleta de dados, processamento de dados, até o desenvolvimento de políticas de acesso e difusão das informações.

Para Viacava (2009, p.34), a cobertura do SINASC vem aumentando significativamente e, em 2009, já superava os dados coletados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), “possibilitando o uso dos números de nascidos vivos registrados como denominador para o cálculo da mortalidade infantil”. O autor ainda destaca que a cobertura estende-se às instituições privadas de saúde, pois a DNV também é utilizada por estas, uma vez que é necessária em todo território nacional para emissão da Certidão de Nascimento, sendo a universalidade, uma característica importantíssima do SINASC.

No entanto, Almeida *et al* (2009) aponta algumas falhas no SINASC, como nos dados de idade da mãe, onde seria muito mais preciso para futuros estudos se fosse indicada a sua data de nascimento, além disso, os autores apontam a falta de dados sobre o local de nascimento da mãe, que é uma exigência no momento do registro civil, auxilia na identificação materna e ainda permitiria a obtenção de informações demográficas. Também identificam a falta de ligação dos dados do SINASC com dados dos Registros Cíveis de Nascimentos, o que permitiria identificar locais onde o sistema não possui boa captação de dados, orientando ações de aprimoramento, o que aumentaria a cobertura do SINASC e melhoraria sua qualidade.

A qualidade das informações no SINASC depende, para Viacava (2009), essencialmente da articulação entre as secretarias municipais e a rede de maternidades onde são colhidas as informações que alimentam o sistema. É imperativo destacar que apesar de aparentemente simples, o processo de coleta dos dados requer um rigoroso controle de qualidade, no que diz respeito ao preenchimento da Declaração de Nascido Vivo, principalmente pelo fato de que algumas informações são prestadas pela mãe, e, portanto podem tangenciar o subjetivo.

A informação sobre nascimentos é indispensável para a gestão dos serviços de saúde, sendo, de acordo com Almeida *et al* (2009), utilizadas nas atividades de planejamento da assistência ao parto e ao nascituro, assim como na construção de indicadores de saúde e demográficos, tais como a taxa de mortalidade infantil, neonatal e perinatal e as taxas de fecundidade e natalidade. Constituindo, portanto, importante fonte de informações não somente para a investigação científica, mas também para a gestão e aperfeiçoamento do SUS.

4.3.3 O SIHD – Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado

A origem e evolução do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD), ainda antes de receber esta nomenclatura, estão intimamente relacionadas à história do movimento da reforma sanitária brasileira iniciada no final da década de 1970. Este sistema processa e gerencia informações referentes às internações hospitalares em instituições integrantes do SUS, o que viabiliza o pagamento aos serviços prestados pelos hospitais.

Carvalho (2009) destaca a importância do SIHD, uma vez que se configura o principal instrumento para a indução e avaliação das políticas relacionadas à organização e ao financiamento da assistência médico-hospitalar no sistema de saúde pública brasileiro. Além de informações sobre os recursos destinados a cada hospital, o SIHD contém indiretamente, informações epidemiológicas como as principais causas de internação no Brasil, a relação dos procedimentos mais frequentemente realizados em cada hospital, município e estado, números de leitos disponíveis em cada instituição, região ou ainda em cada especialidade e o tempo médio de permanência de pacientes em hospitais.

A origem ideológica do SIHD encontra-se no final da década de 1970, com o objetivo de substituir o Sistema Nacional de Controle de Pagamentos de Contas Hospitalares, que naquela época era responsável por identificar e ressarcir as despesas dos hospitais privados contratados e pagos

com recursos do estado. De acordo com Pepe (2009), o SIHD evoluiu juntamente com o próprio conceito e modelo do SUS, e somente a partir de 1991 passou a receber a denominação atual, quando foi transferido do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para o Ministério da Saúde, passando a incluir informações dos hospitais públicos municipais, estaduais e federais. Cabe ressaltar que este sistema não contém as informações referentes aos hospitais privados que não prestam serviços ao SUS, o que limita sua cobertura.

Complementarmente, Levcovitz e Pereira (1993) dizem que desde sua concepção, o SIHD trazia, como ideal, não apenas o caráter administrativo de pagamento de serviços hospitalares realizados, mas também deveria contemplar aspectos de avaliação dos serviços prestados pela rede hospitalar, por meio de um Índice de Valorização Hospitalar (IVH), que contemplaria indicadores de desempenho que viriam a aprimorar o sistema, porém o IVH foi extinto ainda durante o processo de implantação, tendo sido substituído por um fundo de incentivo destinado apenas aos Hospitais Universitários.

Por este motivo, Pepe (2009) destaca que o Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado é diferente dos demais SIS do Brasil, considerado mais próximo a um banco de dados administrativo, cujo objetivo principal é o de pagamento de procedimentos aos hospitais que prestam assistência à população e que fazem parte do SUS. No entanto, o volume e as constantes atualizações dos dados contidos no SIHD fazem com que ele desperte o interesse para gerar informações que vão além do faturamento de contas hospitalares.

De acordo com o Portal da Saúde, o processamento centralizado do SIHD dificultava a gestão local (estadual e municipal) no tocante ao controle dos tetos físicos e financeiros mensais, na relação com os prestadores, na imposição de previsão de faturamento discordante dos valores finais e na consequente emissão de extrato de pagamento da produção com valor líquido

diferente do real creditado pelo gestor. A gerência e autonomia do gestor no processo são bastante limitadas.

A necessidade de superar esses problemas, associada aos avanços observados na tecnologia da informação, levou o Ministério da Saúde a decidir por um modelo de sistema descentralizado, assim após 17 anos, o Sistema de Informações Hospitalares do SUS transformou-se em Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD), valendo-se da agilidade e potência dos novos *softwares* e do uso generalizado de microcomputadores e da Internet. A partir desta reflexão, o Portal da Saúde (2014) afirma haver a definição, como estratégia essencial para garantia de sucesso do empreendimento, da necessidade da convenção das regras do novo sistema pelas três esferas de governo, bem como a participação ativa dos gestores estaduais e municipais em todas as etapas do seu desenvolvimento.

Alguns dos principais fatos ocorridos no desenvolvimento histórico do SIHD estão resumidos no Quadro 05.

Data	Evento
Até 1976	Revisão e pagamento manual de contas médicas e hospitalares pelo Instituto Nacional de Previdência Social – INPS.
1976	Criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SIMPAS) do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS.
1977	Implantação do Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares/Guia de Internação Hospitalar–SNCPCH/GIH.
1979	Início dos estudos para elaboração do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência / Autorização de internação Hospitalar – SAMHPS/AIH.
1981	Implantação experimental do SAMHPS/AIH em Curitiba, Paraná.
1983	Divulgação dos documentos e manuais do SAMHPS/AIH, implantação da primeira Tabela de Procedimentos e Valores.
1985	Novo modelo de Autorização de Internação Hospitalar, padronizada, numerada e pré-impressa.
1986	O SAMHPS/AIH é estendido às entidades filantrópicas e beneficentes, por meio de convênio padrão específico. É feita uma diferenciação do Índice de Valorização de Resultados para hospitais filantrópicos e classificação

Data	Evento
	diferenciada para realização de procedimentos de alta complexidade e alto custo.
1987	O SAMHPS/AIH é integralmente estendido aos Hospitais Universitários e de ensino. Inicia-se também a transferência da administração operacional do sistema para as Secretarias Estaduais de saúde, sendo o processamento e o pagamento dos prestadores centralizados pelo IANMPS.
1988	Aprovada a nova Constituição Federal e nela, instituído o Sistema Único de Saúde – SUS.
1990	O INAMPS é transferido do Ministério da Previdência e Assistência Social para o Ministério da Saúde.
1991	Aprovação da Norma Operacional Básica NOB 01/1991, que dispõe sobre a sistemática de financiamento do SUS, o SAMHPS/AIH passa a denominar-se Sistema de Informações Hospitalares – SIH-SUS, estendendo-se a todos os hospitais públicos, extingue-se o Índice de Valorização Hospitalar IVH e cria-se o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde – FIDEPS – Apenas para Hospitais Universitários.
2000	A Portaria MS/GM n.º 396/00 aprovou o Manual do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), atribuindo à Secretaria de Assistência à Saúde a responsabilidade pela edição anual, bem como por sua atualização e, em virtude da necessidade de atualizações sistemáticas, a sua disponibilização na internet
2004	Com o avanço da tecnologia da informação e em conformidade com os princípios do SUS, tornou-se necessário estabelecer mecanismos para a descentralização deste sistema. Assim, o Ministério da Saúde, após amplo processo de discussão com gestores estaduais e municipais, editou a Portaria MS/GM n.º 821/04, determinando a descentralização do processamento do SIH/SUS, para estados, Distrito Federal e municípios plenos.
2006	A partir de abril de 2006, após capacitação das secretarias estaduais e municipais de saúde e Distrito Federal, realizada pela Coordenação Geral de Sistemas de Informação e Departamento de Informática do SUS, foi implantado no país o processamento descentralizado do SIH/SUS. Efetiva descentralização do SIH-SUS, que passa a denominar-se Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado – SIHD

Quadro 05: Resumo da evolução do SIHD.

Fonte: Levcovitz e Pereira (1993) e Ministério da Saúde [editado pelo autor]

A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é um documento padronizado pelo Ministério da Saúde, que constitui a fonte dos dados a ser lançados no SIHD. De acordo com Carvalho (2009), pelo fato de ser um documento essencialmente contábil, as AIH's são de uso e preenchimento obrigatórios em todos os hospitais integrantes do SUS. A autora ainda chama atenção para as críticas quanto à consistência dos dados, como por exemplo, a compatibilidade de idade e sexo com o procedimento realizado. Inicialmente

preenchidas manualmente, passaram a ser executadas eletronicamente, o que permite checagens básicas, como a comparação dos procedimentos realizados com a capacidade e com credenciamentos específicos de cada instituição, a partir do cadastro das instituições de saúde que fazem parte do SUS.

Os principais dados constantes na AIH são referentes ao Hospital: razão Social (nome), natureza jurídica, endereço; ao paciente: nome, endereço, sexo, idade; e à internação: diagnóstico principal e secundário, procedimento médico, duração, óbito, gastos, etc.

Além do seu objetivo principal, ou seja, gerenciar pagamentos aos hospitais, o SIHD, de acordo com o Portal da Saúde (2014), possibilita armazenar os dados das internações hospitalares; apresentar e processar mensalmente as AIH dos estabelecimentos de saúde públicos, conveniados e contratados; disponibilizar aos gestores relatórios com informações para pagamento da produção aos prestadores; acompanhar o desempenho dos hospitais quanto às metas firmadas nos contratos entre gestor e hospitais; garantir ferramenta de auxílio para as ações de controle, avaliação e auditoria locais; calcular o valor global a ser pago aos prestadores e o acompanhamento dos tetos financeiros estabelecidos na programação.

O Portal da Saúde ainda destaca a colaboração do SIHD para o conhecimento ou construção do perfil de morbidade e mortalidade hospitalar, para o direcionamento adequado das ações de prevenção e promoção da saúde a uma população definida e para a avaliação da qualidade da atenção à saúde ofertada a uma população. De posse destas informações o gestor pode avaliar a assistência ambulatorial prestada a sua população, as atividades de prevenção e educação em saúde, o controle de doenças sexualmente transmissíveis e até mesmo a vigilância sanitária e epidemiológica.

O perfil epidemiológico, a morbidade e mortalidade hospitalar são, entre outros fatores, os indicadores da qualidade da atenção primária e secundária à população. A partir do acompanhamento e avaliação destas

informações o gestor poderá melhor planejar as ações de saúde em todos os níveis.

A qualidade das informações constitui um dos principais problemas no uso de bancos de dados secundários, ou bancos administrativos, como é o caso do SIHD. Para Travassos e Martins (1994), a discussão em torno das restrições de uso de grandes bancos de dados como fonte de informação para a realização de estudos epidemiológicos diz respeito, principalmente, a dois fatores: o objetivo para os quais os dados foram gerados, e a abrangência do sistema pelo qual são gerenciados. Em consonância, Pepe (2009) acrescenta que, apesar disso, a grande riqueza de informações disponíveis nesses bancos de dados possibilita desenvolver estudos no campo da avaliação dos serviços e, cada vez mais, tais dados têm sido utilizados para monitorar aspectos da qualidade da atenção.

4.3.4 O SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação

A notificação, em saúde pública, é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo feita à autoridade sanitária, por profissionais da saúde, ou qualquer cidadão, a fim de que sejam efetuadas as devidas intervenções. Caetano (2009, p. 41) afirma que quando reunidas de forma sistemática, as notificações passam a compor um sistema de informação próprio, que possibilita o acompanhamento das características do fenômeno estudado, de forma mais ampla, quanto à sua distribuição e às tendências. O Sistema de Informações de Agravo de Notificação (SINAN) desempenha uma função fundamental

para as atividades de vigilância epidemiológica, porque é por seu intermédio que fluem as informações sobre as doenças de notificação compulsória e os agravos de interesse, desde unidades locais, até o Ministério da Saúde, passando pelas secretarias municipais e estaduais de saúde.

A fim de entender a história do SINAN, é preciso remontar a história da vigilância epidemiológica, ou seja, conforme Barata (2005), retorna-se à Europa do século XIX, à origem da organização da saúde pública. No início, a prática de monitoramento e controle era restrita às doenças transmissíveis, tendo como fonte a notificação compulsória de casos, que era baseada em listas de doenças e agravos de interesse nos diferentes períodos e contextos.

O marco inicial da vigilância no Brasil, para Souza e Domingues (2009) foi a criação, em 1973, do Programa Nacional de Imunizações, tendo como modelo o Programa Nacional de Controle da Poliomielite de 1971, que, por sua vez, foi inspirado em projetos anteriores como a Campanha de Erradicação da Varíola, da década de 1960 e experiências anteriores de combate à malária e a febre amarela.

Os dados sobre as notificações de doenças e agravos, até 1973, de acordo com Risi Junior (2003), eram disponíveis nacionalmente por meio da publicação do Boletim Epidemiológico da Fundação Serviços de Saúde Pública, que compilava os dados enviados pelas secretarias estaduais de saúde, provenientes de suas unidades de vigilância, que notificavam aquelas doenças evitáveis por imunização, transmitidas por vetores, a tuberculose, a hanseníase, e posteriormente a raiva humana e doença meningocócica.

No início da década de 1990, diante dos avanços dos recursos computacionais, e da crescente demanda por informações como subsídio indispensável para as atividades da vigilância epidemiológica, foi criado o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), a quem coube a tarefa de idealizar, criar e implantar o sistema que ficou denominado como SINAN, o qual teve, e tem como “objetivo padronizar a coleta e o processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo território nacional, fornecendo informações para a análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões” (Souza e Domingues, 2009, p. 41).

O SINAN foi concebido pelo CENEPI, com o apoio do DATASUS e da Empresa de Processamento de Dados da Prefeitura de Belo Horizonte (no estado de Minas Gerais), baseando-se em um modelo hierarquizado e coerente com a organização do próprio SUS, devendo, acima de tudo, ser suficientemente ágil para viabilizar análises de situações de saúde em curtos espaços de tempo. De acordo com Caetano (2009, p. 41), o SINAN substituiu o sistema vigente que vinha enfrentando sérias dificuldades: o Sistema de Notificações Compulsórias de Doenças (SNCD), que vinha atuando desde antes da criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), criado pela Lei n.º 6.259 de 1975. Através do SNCD, “a notificação compulsória de algumas doenças era feita semanalmente pelas unidades de saúde e a consolidação dos dados era realizada pelas secretarias estaduais [de saúde]”.

A implantação do SINAN, ainda segundo Caetano (2009), foi realizada de forma heterogênea nas unidades dos diferentes níveis governamentais, não havendo coordenação ou acompanhamento por parte dos gestores. Somente em 1998, o CENEPI retomou tal processo e constituiu uma comissão para desenvolver instrumentos, definir fluxos e um novo *software* para o SINAN, além de definir estratégias para sua implantação em todo o país.

Em 2003, o CENEPI foi substituído pela Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS), vinculada diretamente ao Ministério da Saúde. Nas palavras de Souza e Domingues (2009), a SVS incorporou não somente as experiências e atribuições do CENEPI, como também todo o conjunto de novas concepções que norteiam o conceito de vigilância em saúde, mantendo-se até os dias de hoje como gestora do SINAN, além do SINASC e do SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade). Pode ser observada a evolução dos serviços de vigilância sanitária no Brasil segundo o Quadro 06.

Data	Evento
1960	Primeiras campanhas de vacinação – Campanha de Erradicação da varíola
Até a década de 1970	Dados sobre notificações de doenças e agravos eram disponíveis nacionalmente por meio da publicação do Boletim Epidemiológico da Fundação Serviços de Saúde Pública
1971	Programa Nacional de Controle da Poliomielite
1973	Criação do Programa Nacional de imunizações
1975	Criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, coordenado pelo Ministério da Saúde.
1990	Criação do Centro Nacional de Epidemiologia CENEPI
1998	Em substituição ao CENEPI, cria-se a Secretaria de Vigilância Sanitária, que atua até hoje vinculada ao Ministério da Saúde.

Quadro 06: Evolução da vigilância sanitária no Brasil
Fonte: O autor.

Segundo o Portal da Saúde (2014), o SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória indicada pela Portaria n.º 271/2014 do Ministério da Saúde, sendo facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região, como é o exemplo da varicela no estado de Minas Gerais e da difilobotríase no município de São Paulo. As fontes dos dados que são inseridos no SINAN são as Fichas Individuais de Notificação e a Ficha Individual de Investigação. Segundo Caetano (2009), ambos documentos são padronizados, distintos e com registro identificador único:

- A Ficha Individual de Notificação é utilizada pelas unidades assistenciais e encaminhada aos setores responsáveis pela vigilância epidemiológica, a partir da suspeita clínica da ocorrência de algum dos agravos notificáveis, contém um conjunto padronizado de informações: dados de identificação do paciente, dados sobre a unidade assistencial notificadora e informações sobre o agravo de notificação;

4 Os arquivos médicos e os sistemas de informação em saúde

- A Ficha de Investigação Individual constitui um roteiro de investigação distinto por agravo, sendo utilizada preferencialmente pelos serviços municipais de vigilância e enviada ao nível estadual, e posteriormente ao federal. Estas fichas são, na maioria das vezes, específicas para cada tipo de agravo, porém sempre contendo informações que servem como variáveis para análise e tomada de decisões. Alguns dados são comuns em todas as fichas desta natureza, como: data e local da notificação, nome, idade, sexo, nome da mãe, zona de residência do paciente, diagnóstico, critério de diagnóstico, evolução, etc.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância Sanitária, a fim de disseminar e avaliar a base de dados do SINAN, criou e mantém um site³ dentro do Portal da Saúde, onde estão disponíveis, não somente aos profissionais e gestores da saúde, mas a todos os cidadãos, diversas informações, que estão em constante atualização: relatórios gerenciais, relatórios específicos (por doença e/ou por região), documentação de apoio (manuais, dicionários, cadernos de avaliação, legislação, calendários epidemiológicos, etc.), produção (acompanhamento dos dados recebidos de cada unidade federativa), bem como a própria base de dados do SINAN.

O atual modelo de descentralização do SINAN tem contribuído para a democratização da informação, permitindo seu uso sistemático por todos os profissionais da saúde, os quais devem tornar disponível para a população. É, portanto, uma importante ferramenta no planejamento em saúde, na definição de prioridades de intervenção, e na avaliação do impacto destas intervenções.

Contudo, de acordo com Caetano (2009), Souza e Domingues (2009) e mesmo o Portal da Saúde, a subnotificação, o atraso na digitação e

³ Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sinanweb>>, acesso em junho de 2014.

correção dos registros e o longo e complexo fluxo que envolve as notificações de algumas doenças crônicas ainda são uns dos problemas do SIANN.

O grande desafio, para Caetano (2009, p.43) diz respeito a uniformidade dos procedimentos, o autor ressalta que “não existe, na prática, um fluxo único para documentos e informações no SINAN [...] entre os diferentes estados como também em diversos agravos”. Complementarmente, Souza e Domingues (2009) afirmam que a solução não envolve somente o SINAN, senão todos os SIS do Brasil, que deveriam efetivar a comunicação e cruzamento de dados entre todos os sistemas, por meio de interações em diferentes níveis, havendo maior facilidade de uso dos dados na concepção, planejamento, controle e execução de políticas de saúde específicas.

4.3.5 O SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

Desde 1888, no Brasil, criou-se a obrigatoriedade do registro civil dos nascimentos, casamentos e óbitos. A partir daí, as inúmeras alterações na legislação não criaram grandes alterações, até 1938, quando foi criado o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), um órgão federal centralizador do processamento de dados estatísticos de todo o país. Segundo Baldijão (1992), somente a partir da década de 1970 o IBGE começou a produzir informações relevantes para a área da saúde, com a produção de análises estatísticas vitais do país, a partir de dados compilados dos Cartórios de Registro Civil, ou seja, a partir de 1974 o IBGE passa a publicar com certa regularidade, dados estatísticos relativos aos registros notariais, no entanto, sem detalhes.

Diversos setores e secretarias do Ministério da Saúde estiveram à frente da gestão dos dados sobre mortalidade, para Jorge *et al.* (2009), nos primeiros anos da década de 1970, já existiam subsídios favoráveis à implantação de um sistema de informações de mortalidade em nível nacional, porém foi em 1975 que o Ministério da Saúde, reconhecendo a importância

destes dados para a gestão em saúde, inicia a criação dos Sistemas de Informações em Saúde e, dentre estes, um sistema específico para os dados referentes à mortalidade.

O primeiro passo foi a criação de um grupo de trabalho que iria efetuar o diagnóstico da realidade em que se encontravam as informações, e posteriormente definir os conceitos gerais do sistema. Este grupo identificou, na época, “a existência de 43 diferentes modelos de atestados de óbito, com formatos, número de vias, cores e informações diversas, bem como com fluxos variados, até chegar aos órgãos oficiais para publicação (ou não) de estatísticas” (Jorge *et al*, 2009, p. 72).

Ficou definido, segundo o mesmo autor, a partir de então, que deveria haver um modelo único de atestado de óbito, o que inclusive era recomendação da Organização Mundial da Saúde desde 1948, a impressão e a distribuição de tal documento (ou formulário) seria centralizado pelo ministério da saúde, as declarações de óbito seguiriam um fluxo padronizado e, por fim, o processamento dos dados seria também centralizado, “principalmente pelo fato de que as unidades federadas não possuíam equipamentos de informática que possibilitassem o tratamento eletrônico dos dados” (Jorge *et al*, 2009).

O SIM é o mais antigo dos sistemas de informação em saúde em funcionamento no Brasil e desde sua criação, o documento que dá origem aos dados por ele gerenciados é a Declaração de Óbito (DO), cuja impressão e distribuição é de responsabilidade exclusiva do Ministério da Saúde. Esta distribuição, de acordo com Senna (2009) é feita às Secretarias Estaduais de Saúde, para fornecimento subsequente às Secretarias Municipais de Saúde, que por sua vez, repassam as Declarações de Óbito aos estabelecimentos de saúde, institutos de medicina legal, serviços de verificação de óbitos e cartórios de registro civil. Este modelo de distribuição tem contribuído para um maior controle sobre o uso das declarações.

De acordo com Jorge *et al.* (2009), a padronização da Declaração de Óbito permitiu a uniformização do modelo pelo qual os dados relativos a cada morte são notificados e registrados em todo o país, e ao mesmo tempo facilitou a apuração das informações de interesse. A DO foi criada e aprovada em 1975, tendo sofrido “modificações tanto quanto à formulação de algumas variáveis [quanto...] à introdução de outras que, ao longo do tempo, mostraram-se necessárias” (Jorge *et al.*, 2009, p. 74). O modelo vigente de DO é de uso obrigatório por todas as instituições públicas ou privadas, o que confere-lhe uma ótima cobertura. Este documento consta de nove blocos de informações específicas, conforme descrição esquematizada no Quadro 07.

Bloco	Tema/descrição	Dados
I.	É a parte da DO preenchida exclusivamente pelo Cartório de Registro Civil.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cartório 2. Registro 3. Data 4. Município 5. Unidade Federativa 6. Cemitério
II.	Identificação do falecido: este bloco é de extrema importância jurídica.	<ol style="list-style-type: none"> 7. Tipo de óbito 8. Óbito: data e hora 9. Cartão SUS 10. Naturalidade 11. Nome do falecido 12. Nome do pai 13. Nome da mãe 14. Data de nascimento 15. Idade 16. Sexo 17. Raça/cor 18. Estado civil 19. Escolaridade 20. Ocupação habitual
III.	Residência: endereço habitual.	<ol style="list-style-type: none"> 21. Logradouro 22. CEP 23. Bairro 24. Município de residência 25. Unidade Federativa
IV.	Local de ocorrência do óbito.	<ol style="list-style-type: none"> 26. Local de ocorrência do óbito 27. Estabelecimento 28. Endereço de ocorrência

4 Os arquivos médicos e os sistemas de informação em saúde

Bloco	Tema/descrição	Dados
		29. CEP 30. Bairro 31. Município de ocorrência 32. Unidade Federativa
V.	Específico para óbitos fetais e de menores de um ano: dados extremamente importantes para estudos da saúde materno-infantil. Estes dados referem-se à mãe do falecido.	33. Idade 34. Escolaridade 35. Ocupação habitual 36. Número de filhos 37. Duração da gestação 38. Tipo de gravidez 39. Tipo de parto 40. Morte em relação ao parto 41. Peso ao nascer 42. Número da Declaração de Nascido Vivo
VI.	Condições e causas do óbito: destacam-se os diagnósticos que levaram à morte, ou contribuíram para mesma, ou estiveram presentes no momento do óbito. Os campos 43 e 44 são específicos para óbitos de mulheres.	43. A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? 44. A morte ocorreu durante o puerpério? 45. Recebeu assistência médica? 46. Diagnóstico: exame complementar? 47. Diagnóstico: cirurgia? 48. Diagnóstico: necropsia? 49. Causa da morte: Parte I – doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte; Parte II – outras condições significativas que contribuíram para a morte.
VII.	Os dados do médico que assinou a DO são importantes e devem ser preenchidos de maneira legível.	50. Nome do médico 51. CRM (registro profissional) 52. O médico que assinou atendeu ao falecido? 53. Meio de contato (telefone, fax, e-mail) 54. Data do Atestado 55. Assinatura
VIII.	Causas externas: os campos deverão ser preenchidos sempre que se tratar de morte casada por prováveis circunstâncias não naturais (para uso exclusivamente epidemiológico).	56. Tipo: acidente, suicídio, homicídio, outro, ignorado. 57. Acidente de trabalho 58. Fonte da informação: boletim de ocorrência, hospital, família, outra, ignorada; 59. Descrição sumária do evento, incluindo o tipo e o local de ocorrência 60. Se a ocorrência for em via pública, anotar o endereço
IX.	A ser utilizado em localidade onde não exista médico.	61. Declarante 62. Testemunhas: A e B

Quadro 07: Descrição da DO vigente
Fonte: o autor.

Segundo o Portal da Saúde, do Ministério da Saúde (2014), o SIM foi criado para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país, é através deste sistema que a captação de dados sobre mortalidade ocorre de forma abrangente. Estes dados servem para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública, ou seja, com base nessas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área. Além disso, o SIM possibilita a produção de estatísticas de mortalidade, a construção dos principais indicadores de saúde, além de análises estatísticas, epidemiológicas, sociais e demográficas.

Além de todas as aplicações apresentadas, o SIM possui algumas outras funcionalidades que ressaltam sua extrema relevância para (mas não somente para) os serviços de vigilância, dentre estas, o Portal da Saúde (2014) destaca as seguintes:

- Obtenção de Declaração de Óbito informatizada;
- Geração de arquivos de dados em várias extensões para análises em outros aplicativos;
- Retroalimentação das informações ocorridas em municípios diferentes da residência do paciente;
- Controle de distribuição das declarações de nascimento (Municipal, Regional, Estadual e Federal);
- Transmissão de dados automatizada utilizando a ferramenta SISNET gerando a tramitação dos dados de forma ágil e segura entre os níveis municipal > estadual > federal;
- *Backup* on-line dos níveis de instalação (Municipal, Regional, e Estadual).

Quanto à qualidade das informações, Jorge *et al.* (2009) afirmam que o SIM vem sendo aprimorado lenta e gradativamente, isto significa principalmente que as variáveis com elevada presença de informações ignoradas, ou não preenchidas tem sido reduzidas, sendo possível constatar que suas proporções correspondem, cada vez mais, a menores valores.

O grande problema, segundo os mesmos autores, ainda reside nos dados sobre a causa da morte: “na análise da mortalidade por causa, é indiscutível que os óbitos cuja causa básica esteja classificada como mal definida representam uma importante lacuna no conhecimento da distribuição das mortes segundo causas” (Jorge *et al.*, 2009, p. 87), isso inclui óbitos sem assistência médica, óbitos por causa externa de intenção indeterminada, óbitos com diagnósticos incompletos e os óbitos fetais.

As perspectivas do Sistema de Informações sobre Mortalidade, para Senna (2009), residem na articulação das informações em saúde como prioridade das políticas adotadas, demonstrando sua importância para conhecer as necessidades em saúde e para subsidiar o processo de formulação, gestão e avaliação de intervenções sanitárias públicas. Uma forma de reforçar isso seria o diálogo entre os diversos setores e níveis governamentais, pois sempre é possível aprimorar a qualidade inspirando-se em experiências exitosas.

RESUMO DO CAPÍTULO

Quando se fala em fontes de informação, imediatamente pensa-se na multiplicidade de suportes, formatos e mídias possíveis. Neste capítulo explorou-se especialmente uma pequena parcela de informações, aquelas que referem-se a área da saúde humana. Os arquivos médicos constituem uma das fontes primárias destas informações, sendo o prontuário do paciente sua unidade física fundamental. Os Sistemas de Informações em Saúde, por sua vez, constituem fontes secundárias, já que seus dados são compilados a partir, principalmente, de documentos de arquivos médicos. Juntos, estes dois tipos de fontes de informação constituem importante arsenal para a gestão da saúde no Brasil, assim como para o desenvolvimento científico da área.

CAPÍTULO 5
METODOLOGIA

ESQUEMA DO CAPÍTULO

OBJETIVO DO CAPÍTULO

5 METODOLOGIA

5.1 Abordagem Metodológica

5.2 Procedimentos metodológicos

5.2.1 Primeira etapa: estudo teórico

5.2.2 Segunda etapa: os arquivos médicos

5.2.3 Terceira etapa: a produção científica em saúde

5.3 Cronograma

RESUMO DO CAPÍTULO

OBJETIVO DO CAPÍTULO

Apresentar os aspectos referentes à metodologia do estudo: a abordagem metodológica, os procedimentos metodológicos de cada etapa, as considerações éticas que nortearam seu desenvolvimento, bem como os recursos e o cronograma.

5 METODOLOGIA

Este capítulo destina-se a apresentar a metodologia adotada no desenvolvimento do projeto de pesquisa que deu origem a esta tese. Para tanto, tratar-se-á da abordagem metodológica, ou classificação da pesquisa quanto às suas características intrínsecas; dos procedimentos metodológicos aplicados para que cada objetivo específico delineado inicialmente fosse atingido, incluindo técnicas de coleta e análise de dados que foram utilizados em cada fase da investigação; os recursos necessários para o cumprimento das etapas; e finalmente o cronograma de desenvolvimento das mesmas.

5.1 Abordagem Metodológica

A abordagem adotada como metodologia desta pesquisa baseia-se tanto na natureza do objeto, quanto no grau de aprofundamento pretendido à resposta do problema da investigação: qual a contribuição dos arquivos médicos e dos SIS na produção do conhecimento na área da saúde no Brasil?

Em orientação à resposta buscada, visou-se analisar o contexto de construção do conhecimento por meio de pesquisas científicas na área da saúde no Brasil, ou seja, analisar o processo de construção do conhecimento a partir de informações arquivísticas contidas em arquivos médicos ou SIS.

Com base no objetivo geral e nos objetivos específicos delineados, pode-se classificar este estudo como uma pesquisa explicativa. De acordo com a perspectiva de Gil (2002, p. 42), pesquisas de natureza explicativa têm como “preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos [... sendo] o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a [sua] razão”. Porém, o autor ressalta que nem sempre é possível, em ciências sociais, a realização de

pesquisas exclusivamente explicativas, pela dificuldade de rigidez no controle dos sujeitos e das variáveis. Tendo em vista esta particularidade, este estudo também possui características de pesquisa descritiva, a qual, segundo o mesmo autor, tem como função principal a “descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis” (Gil, 2002, p. 42).

Quanto aos procedimentos técnicos utilizados para atingir os objetivos, esta pesquisa pode receber duas classificações. Primeiramente, trata-se de uma pesquisa bibliográfica, no que se refere ao cumprimento dos objetivos específicos 1, 2, 3 e 5 (OE1, conhecer o sistema de saúde pública do Brasil, o SUS, sua origem histórica, seus princípios filosóficos, bem como o modelo de gestão, financiamento e processos de tomada de decisões adotados por ele; OE2, analisar os diferentes aspectos que envolvem o termo informação, como o tratamento, o direito ao acesso e os usos, assim como a transparência na administração pública e a informação como elemento fundamental ao exercício da cidadania; OE3 explorar o universo da produção do conhecimento científico, analisando conceitos de conhecimento, pesquisa e ciência, além de contextualizar a realidade da pesquisa científica na área das ciências da saúde; e OE5, identificar e analisar o perfil da produção científica brasileira na área da saúde nos últimos anos).

Esta classificação deve-se pela natureza das fontes de onde são extraídos os dados, ou seja, fontes bibliográficas, compostas, segundo Gil (2002) por livros de leitura corrente e de referência, por publicações periódicas e impressos diversos, além daquelas disponíveis eletronicamente. O autor ainda afirma que, embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho de análise bibliográfica, na presente pesquisa, principalmente no que se refere ao OE5, identificar e analisar o perfil da produção científica brasileira na área da saúde nos últimos anos, os periódicos da área da saúde compuseram fonte exclusiva e objeto do estudo.

Em segundo lugar, no que se refere ao OE4, analisar o contexto das fontes de informação em saúde no Brasil, especificamente aquelas que se encontram custodiadas por arquivos médicos, esta investigação pode ser classificada como um estudo de campo, uma vez que a pesquisa tem como sujeitos um grupo de hospitais com características comuns, representativo do universo de hospitais universitários federais brasileiros (HUF's), procurando analisar suas características com um considerável grau de aprofundamento. De acordo com Gil (2002) este tipo de estudo usa métodos de coleta de dados bastante variados combinados entre si, como a observação direta, entrevistas, questionários, análise de documentos, etc.

Gil (2002, p. 53) ainda salienta que, em estudos de campo, “o pesquisador realiza a maior parte do trabalho pessoalmente, pois é enfatizada a importância de o pesquisador ter tido ele mesmo uma experiência direta com a situação de estudo”. O que, no caso desta pesquisa, ocorreu não somente no momento da coleta, pois o pesquisador atuar por diversos anos inserido na prática do universo estudado.

Finalmente, quanto à análise dos dados, esta pesquisa efetuou uma análise mista de conteúdo, os dados coletados foram analisados qualiquantitativamente, ou seja, com a combinação de métodos qualitativos e quantitativos. Portanto, trata-se de uma pesquisa classificada como explicativa, de tipo misto bibliográfica / estudo de campo, com análise qualiquantitativa de dados, de acordo com as percepções de Gil (2002).

5.2 Procedimentos metodológicos

O desenvolvimento da presente pesquisa deu-se em três etapas:

- A **primeira etapa** visou os objetivos específicos **OE1** (conhecer o sistema de saúde pública do Brasil, o SUS, sua origem

histórica, seus princípios filosóficos, bem como o modelo de gestão, financiamento e processos de tomada de decisões adotados por ele); **OE2** (analisar os diferentes aspectos que envolvem o termo informação, como o tratamento, o direito ao acesso e os usos, assim como a transparência na administração pública e a informação como elemento fundamental ao exercício da cidadania); e **OE3** (explorar o universo da produção do conhecimento científico, analisando conceitos de conhecimento, pesquisa e ciência, além de contextualizar a realidade da pesquisa científica na área das ciências da saúde).

- A **segunda etapa** destinou-se ao cumprimento do objetivo específico **OE4** (analisar o contexto das fontes de informação em saúde no Brasil, especificamente aquelas que se encontram custodiadas por Arquivos Médicos).
- A **terceira etapa** dispôs-se a atender ao objetivo específico **OE5** (identificar e analisar o perfil da produção científica brasileira na área da saúde nos últimos anos).

Estes momentos metodológicos serão melhor explorados a seguir, onde serão apresentadas as etapas desenvolvidas em cada um, com seus respectivos procedimentos, apresentação de populações, definição de amostras, instrumentos de coleta de dados aplicados e técnicas de análise de dados empregadas.

5.2.1 Primeira etapa: estudo teórico

O primeiro momento metodológico desta investigação, que como foi dito anteriormente, pretendeu cumprir os objetivos específicos **OE1** (conhecer

o sistema de saúde pública do Brasil, o SUS, sua origem histórica, seus princípios filosóficos, bem como o modelo de gestão, financiamento e processos de tomada de decisões adotados por ele); **OE2** (analisar os diferentes aspectos que envolvem o termo informação, como o tratamento, o direito ao acesso e os usos, assim como a transparência na administração pública e a informação como elemento fundamental ao exercício da cidadania); e **OE3** (explorar o universo da produção do conhecimento científico, analisando conceitos de conhecimento, pesquisa e ciência, além de contextualizar a realidade da pesquisa científica na área das ciências da saúde), desenvolveu-se basicamente através de estudo bibliográfico.

Para tanto, foi realizada leitura, interpretação, e síntese de diversas obras referentes aos diversos temas envolvidos, assim como de textos legais e normativos, principalmente a respeito da constituição e evolução do SUS, e em relação ao acesso à informação. Os resultados alcançados a partir do desenvolvimento deste momento estão apresentados nos Capítulos 1, 2, 3 e 4 desta tese.

Para a construção do Capítulo 1, que discorre sobre a saúde no Brasil e seu SUS, foram realizados estudos bibliográficos baseados em livros de autores que versam sobre este tema, como Souza (2002), Silva (2009), Castro (2003), Tovar (2007), além de textos legais disponíveis em sítios *web*, como leis e decretos brasileiros, além de abundantes publicações editadas pelo Ministério da Saúde do Brasil, em livros, periódicos e artigos também disponíveis em versões digitais.

O Capítulo 2 também foi construído a partir do estudo de fontes bibliográficas de autores que abordam conceitos e opiniões sobre dado, informação e conhecimento, além da gestão da informação, gestão do conhecimento e de sua importância para a sociedade. Entre os principais autores de livros e artigos pesquisados, destacam-se Davemport (1998), Setzer (1999), Sveiby (1998), Freire (2004), Rousseau e Couture (1998), Nonaka (2000), Leite (2012), Melo (2007), Serra Jr. (2006) Moraes (2007), Cardoso (2007) e Teixeira

(1996). Além destes autores, foi estudada a legislação brasileira sobre este tema, incluindo a Lei 12.527/2011, lei que regulamenta o acesso à informação no Brasil desde 2012.

Os temas conhecimento, pesquisa científica e pesquisa em saúde foram estudados baseando-se em conceitos e ideias contidas em fontes bibliográficas que incluem livros e artigos publicados em meio tradicional ou eletrônico de autores como Davemport (1998), Maturana e Varela (2001), Boff (2001), Morin (2005), Köche (2002), Demo (2001), Gil (2002), Côrtes (1998) e COHRED – *Council on Health Research for Development* (2007). O conteúdo desta investigação resultou na redação do Capítulo 3.

O Capítulo 4 conceitua e analisa dois aspectos das fontes de informação para pesquisa em saúde: os arquivos médicos e os Sistemas de Informação em Saúde. O primeiro tema foi abordado baseando-se em livros e artigos de diversos autores, incluindo Noblat (1999), Sounis (1973), Silva (2008), Lawlor e Stone (2001), Blois e Shortliffe (1990) e Lopes (1997). Já o segundo baseou-se principalmente em publicações digitais editadas pelo Ministério da Saúde do Brasil, elaboradas por diversos autores e pesquisadores como Santos (2009), Viacava (2009), Carvalho (2009), Caetano (2009), entre outros tantos autores que estudam os SIS.

5.2.2 Segunda etapa: os arquivos médicos

Esta etapa da pesquisa pretendeu dar resposta ao objetivo específico **OE4** (analisar o contexto das fontes de informação em saúde no Brasil, especificamente aquelas que se encontram custodiadas por arquivos médicos). A população considerada para o cumprimento deste objetivo é composta dos hospitais universitários federais (HUF's) brasileiros, ou seja, hospitais públicos de universidades públicas federais do Brasil. A fim de melhor conhecer esta população e, posterior seleção da amostra, foi necessário

reconhecer a localização de cada hospital e sua distribuição geográfica pelas cinco regiões do país (veja-se o mapa político do Brasil dividido em regiões, na Figura 08).



Figura 08: Mapa político com divisão dos estados e regiões.
Fonte: GEOBAU⁴

As regiões do Brasil são agrupamentos dos estados da federação em regiões, com o propósito, segundo o IBGE (2015) de auxiliar interpretações estatísticas, implantar sistemas de gestão de funções públicas de interesse comum ou orientar a aplicação de políticas públicas dos governos federal e estaduais, ou seja, para melhor compreender, estudar e administrar este imenso país. Essas regiões, como observa-se na Figura 08, são cinco: Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste. As regiões não possuem personalidade jurídica

⁴ Disponível em: < <http://marcosbau.com.br/geobrasil-2/o-territorio-brasileiro-dimensoes-e-situacao-geografica/>>, acesso em: outubro de 2014

própria, nem governos próprios, tampouco representantes, não havendo qualquer tipo de autonomia política das regiões brasileiras como há em outros países.

Compreendendo estas divisões do país em regiões, passou-se a identificação de seus HUF's, que seguem listados, agrupados por região, com o respectivo estado e universidade a que pertencem, como pode ser conferido no Quadro 08.

Região do Brasil	Estado	Instituição Federal de Ensino a que está vinculado	Hospital Universitário Federal
Norte	Amazonas	Universidade Federal do Amazonas	Hospital Universitário Getúlio Vargas
	Pará	Universidade Federal do Pará	Hospital Universitário João de Barros Barreto
			Hospital Universitário Betina Ferro de Souza
Tocantins	Universidade Federal do Tocantins	Hospital Universitário	
Nordeste	Piauí	Universidade Federal do Piauí	Hospital Universitário
	Alagoas	Universidade Federal do Alagoas	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
	Bahia	Universidade Federal da Bahia	Hospital Universitário Professor Edgard Santos
			Maternidade Climério de oliveira
	Ceará	Universidade Federal do Ceará	Hospital Universitário Walter Cantídio
			Maternidade Escola Assis Chateaubriand
	Paraíba	Universidade Federal de Campina Grande	Hospital Universitário Alcides Carneiro
			Hospital Universitário Júlio Bandeira
		Universidade Federal da Paraíba	Hospital Universitário Lauro Wanderley
	Maranhão	Universidade Federal do Maranhão	Hospital Universitário
	Pernambuco	Universidade Federal de Pernambuco	Hospital de Clínicas
Hospital de Ensino Doutor Washington Antônio de Barros			

Região do Brasil	Estado	Instituição Federal de Ensino a que está vinculado	Hospital Universitário Federal
	Rio Grande do Norte	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Hospital Universitário Ana Bezerra
			Hospital Universitário Onofre Lopes
			Maternidade Escola Januário Cicco
	Sergipe	Universidade Federal de Sergipe	Hospital Universitário
Centro Oeste	Goiás	Universidade Federal do Goiás	Hospital de Clínicas
	Mato Grosso do Sul	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian
		Universidade Federal da Grande Dourados	Hospital Universitário
	Mato Grosso	Universidade Federal do Mato Grosso	Hospital Universitário Júlio Muller
	Distrito Federal	Universidade de Brasília	Hospital Universitário
Sudeste	Espírito Santo	Universidade Federal do Espírito Santo	Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes
	Rio de Janeiro	Universidade Federal Fluminense	Hospital Universitário Antonio Pedro
			Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
		Universidade Federal do Rio de Janeiro	Hospital Escola São Francisco de Assis
			Instituto de Doenças do Tórax
			Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira
			Instituto de Ginecologia
			Instituto de Neurologia Deolindo Couto
			Instituto de Psiquiatria
		Maternidade Escola	
		Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
	Minas Gerais	Universidade Federal de Juiz de Fora	Hospital Universitário
		Universidade Federal de Minas Gerais	Hospital de Clínicas
		Universidade Federal do Triângulo Mineiro	Hospital de Clínicas
		Universidade Federal de Uberlândia	Hospital de Clínicas

Região do Brasil	Estado	Instituição Federal de Ensino a que está vinculado	Hospital Universitário Federal
		Universidade Federal de Lavras	Hospital Universitário
	São Paulo	Universidade Federal de São Paulo	Hospital São Paulo
		Universidade Federal de São Carlos	Hospital Escola
Sul	Paraná	Universidade Federal do Paraná	Hospital de Clínicas
			Maternidade Victor Ferreira do Amaral
	Santa Catarina	Universidade Federal de Santa Catarina	Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago
	Rio Grande do Sul	Fundação Universidade de Rio Grande	Hospital Universitário Doutor Miguel Riet Corrêa Junior
		Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
		Universidade Federal de Pelotas	Hospital Escola
		Universidade Federal de Santa Maria	Hospital Universitário de Santa Maria

Quadro 08: Distribuição dos hospitais universitários federais no Brasil

Fonte: EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares⁵, [Editado pelo autor].

Uma vez conhecida a população, considerou-se suficiente selecionar três hospitais para cada uma das cinco regiões do país, dois dos quais foram sujeitos da pesquisa, enquanto o terceiro constituiu uma reserva para o caso de perda de um dos sujeitos. Assim, o estudo contou com uma amostra de 20% da população, e caso incluam-se os sujeitos suplentes, tem-se uma amostra de 30%, como vê-se no Quadro 09. Como critérios para a seleção dos HUF's foram considerados somente os hospitais gerais (que não tratassem de apenas uma especialidade), e que não fossem do mesmo estado, assim, obteve-se a relação dos sujeitos por meio de sorteio simples entre os que atendiam os critérios já mencionados.

⁵ Disponível em: < <http://ebserh.mec.gov.br/hospitais-universitarios/rede-federal/13-hospitais-universitarios/45-relacao-dos-47-hospitais-universitarios-federais>>, acesso em outubro de 2014.

Região do Brasil	Estado	Instituição Federal de Ensino a que está vinculado	Ref.	Hospital Universitário Federal
Norte	Amazonas	Universidade Federal do Amazonas	A	Hospital Universitário Getúlio Vargas
	Tocantins	Universidade Federal do Tocantins	B	Hospital Universitário
	Pará	Universidade Federal do Pará	C	Hospital Universitário João de Barros Barreto
Nordeste	Bahia	Universidade Federal da Bahia	D	Hospital Universitário Professor Edgard Santos
	Paraíba	Universidade Federal da Paraíba	E	Hospital Universitário Lauro Wanderley
	Pernambuco	Universidade Federal de Pernambuco	F	Hospital de Clínicas
Centro Oeste	Mato Grosso do Sul	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul	G	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian
	Distrito Federal	Universidade de Brasília	H	Hospital Universitário
	Goiás	Universidade Federal do Goiás	I	Hospital de Clínicas
Sudeste	Espírito Santo	Universidade Federal do Espírito Santo	J	Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes
	Minas Gerais	Universidade Federal de Minas Gerais	K	Hospital de Clínicas
	Rio de Janeiro	Universidade Federal do Rio de Janeiro	L	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
Sul	Santa Catarina	Universidade Federal de Santa Catarina	M	Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago
	Rio Grande do Sul	Universidade Federal de Santa Maria	N	Hospital Universitário de Santa Maria
	Paraná	Universidade Federal do Paraná	O	Hospital de Clínicas

Sujeitos titulares
 Sujeitos suplentes

Quadro 09: Amostra dos HUF's brasileiros
 Fonte: o autor.

Depois de selecionada a amostra, iniciaram os contatos com os hospitais, a fim de verificar a possibilidade de aplicação dos questionários que seriam enviados aos setores de arquivo e comitês de ética. O contato inicial foi feito por e-mail às direções ou ouvidorias das instituições, tendo havido retorno de apenas dois hospitais, observou-se que este meio de interação não seria eficiente para aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

Temendo a possibilidade de não obter respostas aos instrumentos de coleta de dados, e diante da impossibilidade de aplicá-los pessoalmente,

tendo em vista a grande distância geográfica a ser percorrida, optou-se por elaborar um instrumento de coleta de dados bastante simplificado, que seria encaminhado aos sujeitos por meio do Serviço Eletrônico de Informação ao Cidadão (e-SIC), criado pela Lei de Acesso à Informação (LAI, Lei 12.527 de 2011), e ao qual as instituições seriam obrigadas a responder dentro de certo prazo, sob as penas da referida Lei, uma vez que as informações solicitadas não continham nenhum caráter sigiloso.

O instrumento mencionado anteriormente compunha-se simplesmente de sete questões abertas, quatro destinadas ao setor de arquivo médico e três ao comitê de ética de cada hospital selecionado, da seguinte forma:

- Questionamentos destinados ao Serviço de Arquivo Médico (de prontuários)
 1. Qual o volume de prontuários contidos no arquivo (pode ser o número aproximado)? E qual o ano do prontuário mais antigo?
 2. Quantos funcionários trabalham no Arquivo Médico, quais são seus cargos e sua formação? Existe alguém para atender especificamente às pesquisas em prontuários?
 3. Quais os pré-requisitos para que o arquivo autorize a realização de pesquisas em prontuários? E quais rotinas envolvem as consultas em prontuários para pesquisa: autorização pela direção? Agendamento para pesquisas? Consulta no próprio arquivo ou empréstimo? Etc...
 4. Qual o número médio de pesquisadores que realizam consultas no arquivo por dia ou por semana? E qual o volume de prontuários fornecidos para cada pesquisador por consulta (caso não haja números exatos, pode ser uma estimativa)?

- Questionamentos destinados ao setor responsável pelo registro/aprovação de projetos de pesquisas desenvolvidas no Hospital
 5. Quais os pré-requisitos exigidos do pesquisador e do projeto de pesquisa para aprovação e desenvolvimento neste hospital?
 6. Qual o volume de projetos registrados de projetos autorizados por este setor no período de 2012 e 2013? (Caso não haja números exatos, pode ser uma estimativa)
 7. Há controle e registro dos setores envolvidos em cada pesquisa? Em caso afirmativo, quantos projetos envolveram o Setor de Arquivo Médico (consultas a prontuários de pacientes) ou dados dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS), no período de 2012 e 2013?

As questões foram elaboradas baseando-se na experiência profissional do autor desta tese na direção do arquivo médico de um HUF e seu contato com as pesquisas registradas em seu Comitê de Ética, realizadas nos prontuários deste arquivo. As questões 1 e 2 destinadas aos arquivos médicos, descritas anteriormente, tinham como objetivo, identificar o volume de prontuários e as condições profissionais de tratamento destas fontes de informação. As questões 3 e 4, visavam mapear as rotinas de acesso a prontuários por usuários pesquisadores, bem como o volume de consultas e pesquisas realizadas nessas fontes de informação.

Quanto às informações solicitadas aos comitês de ética dos HUF's, a questão 5 pretendia identificar pré-requisitos e rotinas para registro de pesquisas e autorização de acesso a prontuários para coleta de dado. Já as questões 6 e 7 buscaram investigar o volume de pesquisas desenvolvidas por estes hospitais e quantas delas envolviam o uso de informações coletadas em arquivos médicos.

Estes questionamentos foram encaminhados via e-SIC aos 15 hospitais que compunham a amostra (aos 10 sujeitos e aos cinco suplentes) no dia 12 de novembro de 2014, assim, as respostas seriam devolvidas, de acordo com os prazos previstos na LAI, no máximo até dia 12 de dezembro, nos casos de omissão, caberiam recursos em 1ª e depois em 2ª instância, com prazos de 5 dias para resposta em cada uma delas. Caso não surtisse efeito estes recursos, seria necessário entrar com processo judicial, por meio do qual as instituições que sonegassem informações, sem justificativa, seriam convocadas a prestar esclarecimentos.

Os resultados obtidos dentro do prazo, incluindo recursos em 1ª e 2ª instância, foram as respostas de onze instituições, conforme mostra o Quadro 10: uma resposta da região norte (hospital A), representando 25% da população regional; duas da região nordeste (hospitais E e F), equivalente a 13% dos HUF's da região; duas da região centro-oeste (hospitais G e I), o que corresponde a 40% das instituições desta região; três da região sudeste (hospitais J, K e L), o que equivale a 17% daquela população; e três da região sul (Hospitais M, N e O), correspondente a 60% dos hospitais universitários federais desta região.

Região	População		Amostra inicial		Amostra final	
	Número de HU's	%	Número de HU's	%	Número de HU's	%*
Norte	4	100	2	50	1	25
Nordeste	16	100	2	13	2	13
Centro-oeste	5	100	2	40	2	40
Sudeste	18	100	2	11	3	17
Sul	5	100	2	40	3	60
Total	48	100	10	21	11	23

*Proporcional à região a que pertence.

Quadro 10: Proporções da amostra

Fonte: o autor.

Apesar de não preservar a representatividade desejada, optou-se pelo uso dos dados de todas as respostas obtidas, tendo em vista que foram respostas completas e precisa. Desta forma, a amostra final dos HUF's foi

composta aleatoriamente, sem proporção regional, por 23% da população, tendo ainda assim grande representatividade da população nacional, conforme demonstra o Quadro 10.

Uma vez que se tratava de questões abertas, como visto anteriormente, o passo seguinte foi realizar a categorização das respostas, a fim de facilitar a análise qualitativa dos dados. Após esta etapa, os dados foram categorizados de acordo com a região geográfica de proveniência, obtendo-se, assim, 5 categorias de análise, segundo as regiões brasileiras ilustradas pela Figura 08.

Ainda dentro desta etapa da investigação, com a finalidade de obter uma perspectiva dos usos dos prontuários em pesquisas dentro dos HUF's do Brasil, sob o ponto de vista dos usuários, foi aplicado um questionário aos pesquisadores, desenvolvido e aplicado em meio eletrônico.

O questionário foi enviado aos hospitais, solicitando que fosse divulgado aos usuários de seus arquivos, compartilhado em redes sociais, orientando claramente que seu preenchimento somente deveria ser feito por pessoas que tivessem usado prontuários de pacientes em pesquisas. O questionário enviado aos pesquisadores compunha-se, além das instruções para o preenchimento, de 11 questões fechadas, de múltipla escolha, conforme se observa no Quadro 11.

Tendo em vista a falta de fontes para a elaboração de um questionário, ou padrões de estudos sobre pesquisadores de arquivos que se encaixassem aos objetivos propostos, este instrumento foi elaborado segundo e a experiência profissional do autor desta tese. Assim, conforme observa-se no Quadro 11, as questões 1, 2, 3, 4 e 5 tinham por objetivo a identificação básica do usuário e de seus hábitos, as questões 6, 7, 8 e 9, pretendiam identificar os aspectos metodológicos das pesquisas desenvolvidas por estes usuários; e as questões 10 e 11 propunham refletir sobre as estratégias de comunicação de resultados adotadas pelos pesquisadores usuários de arquivos médicos e sua

percepção a respeito da importância destas pesquisas e destas fontes de informação.

QUESTIONÁRIO APLICADO	
QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS AOS USUÁRIOS DE ARQUIVOS MÉDICOS	
Orientações	
Este questionário tem como objetivo identificar os processos de obtenção de dados de prontuários e a comunicação dos resultados de pesquisas que se baseiam nestas fontes, e integra os procedimentos de coleta de dados para a elaboração da Tese do Doutorado em Biblioteconomia e Documentação da <i>Universidad de Salamanca</i> , cujo título é “Os Arquivos Médicos no contexto da produção do conhecimento e exercício da cidadania”.	
Responda às perguntas seguintes tendo em vista a consulta a prontuários que fazes neste momento, ou sua última consulta realizada.	
Obrigado pela sua colaboração.	
1) Qual é seu vínculo com a instituição na qual realiza pesquisa?	<input type="checkbox"/> Aluno de graduação
	<input type="checkbox"/> Aluno de pós-graduação
	<input type="checkbox"/> Profissional
	<input type="checkbox"/> Docente
	<input type="checkbox"/> Outro
2) Com que frequência você utiliza prontuário(s) em pesquisa(s)?	<input type="checkbox"/> Muito frequentemente
	<input type="checkbox"/> Frequentemente
	<input type="checkbox"/> Esporadicamente
3) Qual o número total de prontuários que serão consultados nesta pesquisa?	<input type="checkbox"/> 01 a 10
	<input type="checkbox"/> 11 a 50
	<input type="checkbox"/> 51 a 100
	<input type="checkbox"/> Mais de 101
	<input type="checkbox"/> Sem previsão
4) Qual é a finalidade desta consulta a prontuário(s)?	<input type="checkbox"/> Projeto de pesquisa
	<input type="checkbox"/> Trabalho de uma disciplina acadêmica
	<input type="checkbox"/> Revisão de procedimento(s) ou caso(s)
	<input type="checkbox"/> Investigação epidemiológica
	<input type="checkbox"/> Investigação de outra natureza
5) Quais são as fontes de dados utilizadas nesta pesquisa? Você pode marcar mais de uma opção.	<input type="checkbox"/> Pessoa – Paciente
	<input type="checkbox"/> Pessoa - Profissional da saúde
	<input type="checkbox"/> Prontuário, em papel ou eletrônico.
	<input type="checkbox"/> Sistema de Informações em Saúde: SIM, SINASC
	<input type="checkbox"/> Outro: _____
6) Quais as palavras-chave descrevem sua pesquisa? Use apenas TRÊS palavras-chave.	<input type="checkbox"/> Epidemiologia
	<input type="checkbox"/> Vigilância em saúde
	<input type="checkbox"/> Mortalidade
	<input type="checkbox"/> Materno-infantil, Saúde
	<input type="checkbox"/> Saúde coletiva/pública
	<input type="checkbox"/> Avaliação de serviços
	<input type="checkbox"/> Família, Saúde da
	<input type="checkbox"/> Idoso, Saúde do
	<input type="checkbox"/> Trabalhador, Saúde do
	<input type="checkbox"/> Qualidade de vida
<input type="checkbox"/> Câncer	
<input type="checkbox"/> Acesso à saúde	
<input type="checkbox"/> Hospitalização	
<input type="checkbox"/> Inseto vetor	
<input type="checkbox"/> SUS	
<input type="checkbox"/> Mulher, Saúde da	
<input type="checkbox"/> Fator ambiental	
<input type="checkbox"/> Criança, Saúde da	
<input type="checkbox"/> HIV/SIDA	
<input type="checkbox"/> Saúde mental	

QUESTIONÁRIO APLICADO		
	<input type="checkbox"/> Fatores socioeconômicos <input type="checkbox"/> Comunicação/informação <input type="checkbox"/> Nutrição <input type="checkbox"/> Violência	<input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Sedentarismo <input type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Outra: _____
7) Qual o instrumento de coleta de dados utilizado? Você pode marcar mais de uma opção.	<input type="checkbox"/> Questionário <input type="checkbox"/> Entrevista <input type="checkbox"/> Formulário - impresso ou eletrônico <input type="checkbox"/> Outro: _____	
8) Qual é o tipo de sua pesquisa?	<input type="checkbox"/> Exploratória <input type="checkbox"/> Descritiva <input type="checkbox"/> Explicativa <input type="checkbox"/> Sem classificação	
9) Qual é a abordagem metodológica a ser aplicada?	<input type="checkbox"/> Quantitativa <input type="checkbox"/> Qualitativa <input type="checkbox"/> Quali quantitativa <input type="checkbox"/> Sem classificação	
10) Como será feita a divulgação dos resultados da sua pesquisa? Esta questão refere-se às suas pretensões em relação à pesquisa, e você pode marcar mais de uma opção.	<input type="checkbox"/> Com a equipe multiprofissional <input type="checkbox"/> Em sala de aula <input type="checkbox"/> Apresentação em evento internacional <input type="checkbox"/> Apresentação em evento nacional <input type="checkbox"/> Apresentação em evento regional <input type="checkbox"/> Publicação em periódico internacional <input type="checkbox"/> Publicação em periódico nacional <input type="checkbox"/> Publicação em periódico regional <input type="checkbox"/> Outro: _____	
11) Em sua opinião, qual é a relevância de pesquisas que utilizam prontuários como fonte? Você pode marcar mais de uma opção	<input type="checkbox"/> Formação/iniciação em pesquisa <input type="checkbox"/> Formação profissional <input type="checkbox"/> Desenvolvimento da ciência <input type="checkbox"/> Contato com a prática <input type="checkbox"/> Melhor atendimento ao usuário dos serviços de saúde <input type="checkbox"/> Função social - comunicação em saúde <input type="checkbox"/> Outro: _____	

Quadro 11: Questionário aos usuários dos arquivos médicos

Fonte: o autor.

Ressalta-se que, no decorrer do estudo desenvolvido no início desta etapa, no momento que os hospitais foram questionados a respeito do número de pesquisas desenvolvidas nos arquivos e o número de pesquisadores que consultam prontuários, ficou claro que há um desconhecimento ou um descontrole sobre estas informações por parte das instituições de saúde estudadas. Desta forma, o questionário foi disponibilizado abertamente para ser respondido e compartilhado (em grupos de pesquisa e em redes sociais) entre o maior número possível de usuários pesquisadores de arquivos médicos entre os

meses de outubro, novembro e dezembro de 2014 e janeiro de 2015, obtendo-se respostas de 54 usuários de arquivos médicos.

Uma vez que não foi possível mensurar o total de usuários não é possível determinar se a amostra obtida é representativa da população estudada, porém, de qualquer forma, as informações prestadas por eles em suas respostas são de extrema relevância para a exploração do universo estudado por esta tese. Assim suas respostas foram tabuladas por meio de planilha eletrônica, o que também permitiu que fossem gerados gráficos representativos e ilustrativos dos dados coletados, tanto para o total de usuários estudados, como para os subtotais divididos em categorias ou classes de usuários pesquisadores. Estes são apresentados posteriormente no Capítulo 6 desta tese.

5.2.3 Terceira etapa: a produção científica em saúde

O terceiro momento metodológico desta pesquisa refere-se ao cumprimento do objetivo específico **OE5** (identificar e analisar o perfil da produção científica brasileira na área da saúde nos últimos anos). Para tanto, foram analisados artigos científicos publicados em periódicos brasileiros da área das ciências da saúde no período compreendido entre os anos de 2012 e 2013. Tais periódicos foram distribuídos em três categorias: internacionais, nacionais e regionais.

Considerando que é praticamente impossível definir a população total de periódicos ou de artigos, a amostra foi formada de acordo com o que julgou-se ser suficiente para a pesquisa, assim, foram escolhidos de maneira aleatória, dois periódicos de cada categoria. Esta escolha deu-se por conveniência, ou seja, foram selecionados aqueles periódicos a que, em meio tradicional ou em meio eletrônico, se tivesse acesso gratuito e imediato. O único

critério estipulado foi a avaliação da CAPES⁶, exigindo-se que, para serem selecionados, os periódicos tivessem obtido avaliações com conceitos entre A e B (maiores pontuações concedidas em uma escala A - E) nas áreas de saúde pública, saúde coletiva, epidemiologia, ou vigilância sanitária nos anos supracitados.

Do total de seis títulos (dois internacionais, dois nacionais e dois regionais) foram considerados todos os artigos de todos os volumes e números, incluindo suplementos, publicados entre janeiro de 2012 e dezembro de 2013, coletando-se os seguintes dados, como mostra a Figura 09: dados do periódico (código, nome, periodicidade, mídia, conceito CAPES, abrangência e área do conhecimento) e dados de cada artigo (código, palavras-chave, autor, abordagem metodológica, instrumentos de coleta de dados, fontes de dados utilizadas, tipo de análise de dados aplicada, idioma(s) de publicação e local de aplicação da coleta de dados).

Formulário de coleta de dados - Tese			
OS ARQUIVOS MÉDICOS NO CONTEXTO DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO E EXERCÍCIO DA CIDADANIA			
Parte I - O Periódico			
1 Código: _____	2 Nome: _____	3 Periodicidade: (a)Bianual (b)Anual (c)Semestral (d)Trimestral (e)Bimestral (f)Mensal	4 Mídia do Periódico: (a)Impresso (b)Digital on-line
5 Avaliação CAPES: (a) A (b)B (c)C	6 Abrangência: (N) Nacional (I) Internacional (R) Regional	7 Área do Conhecimento: (a) Saúde-Geral sem subclassificação (b) Saúde Coletiva / Pública (c) Epidemiologia (d) Enfermagem (e) Outra	
Parte II - Os Artigos			
8 Código: _____	9 Palavras-Chave: _____ / _____	10 Autor: (a) Aluno Grad. (b) Aluno pós-Grad. (c) Profissional (d) Docente (e)Outro/não identif.	11 Abordagem: (a) Exploratória (b) Descritiva (c) Explicativa
12 Instrumentos de Coleta: (a) Questionário (b) Entrevista (c) Formulário Impresso (d) Formulário Eletrônico (e) Outro:	13 Fontes dos Dados: (a) Pessoa - Paciente (b) Pessoa - Profissional da Saúde (c) Primária-SAME-Suporte Papel	(d) Primária-SAME-Suporte Eletrônico (e) Banco de dados do SUS (f) Outra: _____	14 Análise dos dados: (a) Quantitativa (b) Qualitativa (c) Quali-quantitativa
	15 Idioma: (a) Português (b) Inglês (c) Francês (d) Espanhol (e)	16 Local de abrangência - coleta de dados: _____	

Figura 09: Formulário de coleta de dados de publicações
Fonte: o autor.

É imperativo ressaltar os critérios que foram adotados quando do preenchimento dos campos 9 e 10 observados na Figura 09, por suas particularidades e subjetividade:

⁶ A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) é uma agência brasileira de fomento à pesquisa vinculada ao Ministério da Educação, que atua na expansão e consolidação da pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) em todos os estados do país, possui uma política de cooperação internacional com diversos países.

- 1) No campo 9 – palavras-chave – foram coletadas três palavras-chave de cada artigo, nenhum artigo apresentou número inferior de palavras-chave, e quando apresentaram número superior, considerou-se as três primeiras informadas;
- 2) O campo 10 – autor – refere-se à titulação do autor informada no artigo, ou, nos casos de coautorias, do primeiro autor apresentado, em alguns casos, em que este dado não encontrava-se citado no artigo, foi necessário realizar busca pelo currículo do autor publicado na Plataforma Lattes⁷ do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico / Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação), em outros casos, porém, não foi possível localizar este dado.
- 3) Apenas nos campos 12, 13 e 15 permitiu-se a seleção de mais de uma das alternativas apresentadas, nos demais permitiu-se a seleção de apenas uma resposta.

Ao todo foram coletados os dados de 19 volumes dos periódicos e 467 artigos neles publicados. Os dados foram coletados manualmente e, posteriormente inseridos em uma planilha eletrônica, o que permitiu sua tabulação, a elaboração das análises estatísticas pertinentes, além dos gráficos ilustrativos destas análises, cuja apresentação e discussão encontram-se no Capítulo 7 deste trabalho.

Os procedimentos metodológicos adotados para a coleta de dados neste estudo seguiram critérios baseados no conhecimento prévio do universo a ser estudado, na experiência profissional do autor em relação aos arquivos médicos e às pesquisas realizadas nestas fontes. Cabe salientar, em relação aos métodos adotados, que as decisões tomadas pelo pesquisador devem-se, além do que já foi exposto, às dificuldades em identificar as populações e definir

⁷ A Plataforma Lattes é uma plataforma, criada e mantida pelo CNPq, que integra as bases de dados de currículos, grupos de pesquisa e instituições, em um único sistema de informações, das áreas de Ciência e Tecnologia, atuando no Brasil. Foi criada para facilitar as ações de planejamento, gestão e operacionalização do fomento à pesquisa, tanto do CNPq quanto de outras agências de fomento à pesquisa, tanto federais quanto estaduais, e de instituições de ensino e pesquisa.

as amostras, à inexistência de protocolos para pesquisas como esta ou referências de pesquisas semelhantes, destacando-se a falta de referência de modelos metodológicos a serem seguidos.

5.3 Cronograma

Cada etapa de desenvolvimento do projeto que resulta nesta tese foram de extrema importância para o cumprimento de cada objetivo específico, e, por conseguinte, do objetivo geral. Os primeiros passos dados foram relacionados ao planejamento da pesquisa, definição de tema, problema, objetivos e hipóteses, bem como o início do estudo teórico, o que ocorreu entre 2012 e 2013.

Etapa do desenvolvimento da pesquisa	2012	2013		2014		2015
		1º Semestre.	2º Semestre.	1º Semestre.	2º Semestre.	1º Semestre.
Definição do projeto e planejamento da pesquisa	X	X				
Primeira etapa: estudo teórico	X	X	X	X		
Segunda etapa: levantamento dos arquivos médicos dos HUF's				X	X	
Segunda etapa: investigação com os usuários dos arquivos médicos					X	
Terceira etapa: análise da produção científica				X	X	
Redação da Tese	X	X	X	X	X	X
Depósito e leitura da Tese						X

Quadro 12: Cronograma de desenvolvimento da pesquisa

Fonte: o autor.

O Quadro 12 mostra que a definição do projeto e planejamento da pesquisa iniciaram-se no ano de 2012, até o primeiro semestre de 2013, período

que coincidiu com o início dos estudos teóricos, que estenderam-se até o primeiro semestre de 2014.

A segunda etapa do estudo, que refere-se ao levantamento de dados junto aos hospitais universitários e seus usuários ocorreu durante todo o ano de 2014, mesmo período em que foi desenvolvida a terceira etapa, relativa à análise da produção científica brasileira da área da saúde. A redação da tese abrangeu o período de 2012 até o primeiro semestre de 2015, quando ocorreu o depósito e leitura do texto final desta tese.

RESUMO DO CAPÍTULO

Este capítulo apresentou as informações referentes aos métodos adotados para o desenvolvimento da pesquisa que deu origem a esta tese. Contém os aspectos relativos à abordagem metodológica e classificação da pesquisa, aos procedimentos adotados para a coleta, tratamento e análise e às etapas de seu desenvolvimento.

CAPÍTULO 6

**OS ARQUIVOS MÉDICOS EM HOSPITAIS
UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS NO BRASIL**

ESQUEMA DO CAPÍTULO

OBJETIVO DO CAPÍTULO

6 OS ARQUIVOS MÉDICOS EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS NO BRASIL

6.1 As fontes de informação e seus usos em pesquisas

6.1.1 Os Arquivos Médicos

6.1.2 As pesquisas em HUF's

6.2 Usos e usuários de arquivos médicos

6.2.1 Os usuários

6.2.2 As pesquisas

6.2.3 A relevância das pesquisas e a comunicação dos resultados

RESUMO DO CAPÍTULO

OBJETIVO DO CAPÍTULO

Avalia-se a situação dos Arquivos Médicos em Hospitais Universitários Federais do Brasil, diagnóstico geral de seus acervos e rotinas de acesso à prontuários para pesquisas, bem como as necessidades e os hábitos de seus diferentes tipos de usuários pesquisadores.

6 OS ARQUIVOS MÉDICOS EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS NO BRASIL

Este capítulo divide a análise de dados referentes aos arquivos médicos de hospitais universitários federais brasileiros (HUF's) em dois momentos. No primeiro elabora-se um diagnóstico dos arquivos médicos HUF's e as rotinas que envolvem o registro a avaliação e o desenvolvimento de pesquisas em prontuários de pacientes. O segundo momento destina-se a identificar os usuários pesquisadores dos arquivos médicos e analisar suas estratégias em pesquisas científicas baseadas em informações de prontuários, bem como suas impressões sobre estas pesquisas.

6.1 As fontes de informação e seus usos em pesquisas

Os dados analisados neste subcapítulo provêm dos instrumentos enviados aos HUF's por meio do Serviço Eletrônico de Informação ao Cidadão (e-SIC) implantado e regulamentado pela Lei 12.527/2011. Este instrumento, conforme descrito no Capítulo 5, foi dividido em duas partes, uma destinada aos arquivos e a outra aos setores responsáveis pelo controle das pesquisas desenvolvidas dentro dos HUF's.

Da mesma forma, a análise apresentada a seguir segue esta mesma divisão, identificando os arquivos médicos dessas instituições de saúde, inicialmente, e depois, as pesquisas realizadas nestas fontes de informação, bem como seus trâmites para registro e aprovação nos comitês de ética em pesquisa. Procurou-se realizar uma análise qualitativa das informações encaminhadas pelos hospitais, porém, seguidamente recorreu-se aos métodos quantitativos, resultando, assim, em uma análise com abordagem híbrida: qualiquantitativa.

6.1.1 Os Arquivos médicos

Os dados fornecidos pelos HUF's a respeito de seus arquivos permitiu identificar o volume de prontuários sob sua custódia, as datas-baliza, os recursos humanos que compõem as equipes profissionais nestes locais e as rotinas que envolvem o uso de prontuários por pesquisadores nos SAME's.

Quanto à apresentação destes dados, tendo em vista sua extensão e complexidade, optou-se, para fins de análise, apresentá-los em três categorias: dados do volume do acervo; dados referentes aos recursos humanos; e dados referentes às rotinas que envolvem pesquisas em prontuários. Em cada categoria, serão apresentados dados médios ou gerais e, posteriormente, serão salientadas particularidades mais dispare do conjunto.

Com relação ao volume de prontuários, pode-se afirmar que cada um dos hospitais universitários federais do Brasil possui aproximadamente 950000 (novecentos e cinquenta mil) prontuários, em média, ou seja, prontuários de 950000 pacientes, visto que, em sua grande maioria, os hospitais adotam o sistema de prontuário único, o que significa que cada paciente possui somente um prontuário em cada instituição, independentemente da clínica ou especialidade em que costuma ser atendido.

Destacam-se três hospitais que apresentam o maior volume de prontuários em seus arquivos médicos: o Hospital O, situado na Região Sul, com 2300000 (dois milhões e trezentos mil) prontuários; o Hospital E, na Região Nordeste, com 1970000 (um milhão novecentos e setenta mil) prontuários; e o Hospital I, na Região Centro-oeste, com 1500000 (um milhão e quinhentos mil) prontuários.

Por outro lado, salienta-se que o menor número de prontuários foi informado pelo Hospital A, localizado na Região Norte do Brasil. Este HUF apontou a existência de 110400 (cento e dez mil e quatrocentos) prontuários sob guarda de seu arquivo médico. O fato de este hospital possuir o menor acervo

de prontuários pode ser explicado pelo recente início de suas atividades (como será visto posteriormente), além de estar localizado na região menos populosa e menos povoada do país (segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE).

É importante destacar que estes valores se referem ao número aproximado de prontuários que os HUF's possuíam em dezembro de 2014, quando responderam à solicitação de informações pelo e-SIC. O número exato de prontuários em cada instituição é praticamente impossível de ser precisado, dada a velocidade de crescimento destes arquivos médicos, onde a cada instante são registrados novos pacientes, por este fato, trabalhou-se com números aproximados em uma data comum determinada no momento de resposta do instrumento de coleta.

Outro dado estudado, em relação aos prontuários contidos nos arquivos médicos, foi as datas-baliza dos acervos. Em média, os primeiros registros criados nestas (e custodiados por estas) instituições de saúde datam de 1976, sendo que os mais antigos são do ano de 1962, data apontada pelos Hospitais O e I, que coincidentemente são os HUF's que informaram possuir os maiores acervos de prontuários.

A década de 1970, além de indicar a data-baliza inicial dos prontuários nos HUF's, indica também a criação destas instituições. Ressaltando que, de acordo com Santos (2009), o final desta década, no Brasil, foi marcado pelos movimentos de reforma sanitária, que dentre outras conquistas, permitiu a ampliação do atendimento público em saúde, ou seja, deu-se os primeiros passos na construção de um sistema de saúde pública, que viria a se transformar no SUS. A criação muitos hospitais-escola em universidades públicas federais nesta mesma época ocorreu como uma das consequências dos esforços para oferecer atenção à saúde coletiva da população brasileira.

Por outro lado, o Hospital A informou que seu prontuário mais antigo é do ano de 1991. Portanto, este HUF, além de possuir o menor arquivo

médico entre os hospitais estudados, é também o que apresenta data de início mais recente, dados que, analisados em conjunto, auto justificam-se.

Quanto às datas-baliza finais, todos os arquivos médicos estudados contêm acervos abertos, ou seja, devido ao fato de todos os HUF's continuarem em atividade, arquivos médicos seguem recebendo prontuários novos contínua e periodicamente.

Os hospitais investigados contam com equipes de tamanhos e perfis variados que trabalham em seus arquivos médicos. Em média, estas equipes de trabalho são compostas por 21 funcionários, com formações variadas, entre os quais existem pós-graduados, graduados e até mesmo alguns sem formação específica, com baixo grau de escolaridade. As maiores equipes profissionais são compostas por 41, 36 e 32 colaboradores, pertencentes aos Hospitais L, I e K, respectivamente. No total, foram identificados 240 profissionais atuando nos 11 hospitais pesquisados.

A menor equipe profissional a atuar em arquivo médico de HUF brasileiro é composta por 7 trabalhadores, e encontra-se no Hospital A, que vem a ser justamente a instituição com o menor volume documental a ser gerenciado. Por outro lado, entre as maiores equipes, apenas uma, a do Hospital I, corresponde a um dos maiores arquivos, em termos de número de prontuários sob custódia.

Ainda em relação aos recursos humanos, apenas em 27% dos arquivos médicos de hospitais universitários federais brasileiros existem arquivistas atuando na gestão de documentos, ou seja, apenas 3 das 11 instituições inquiridas informaram possuir este profissional: os Hospitais J e M contam com a colaboração de um arquivista, cada um, e o Hospital N informou possuir 2 destes profissionais, sendo, ao todo, apenas 4 arquivistas, o que representa somente 1,6% do total de profissionais identificados.

A baixa ocorrência de arquivistas atuando em arquivos médicos pode ser causada pelo desconhecimento da existência destes profissionais por grande parte das instituições, ou pela carência destes em determinadas regiões do Brasil. Ressalta-se que foi considerado arquivista o que determina a lei que regulamenta a profissão do Brasil, ou seja, profissionais com curso superior de arquivologia.

Em média, os arquivos médicos das instituições estudadas possuem, cada um, um trabalhador com a função específica de atender aos usuários pesquisadores. Porém, segundo os dados fornecidos pelos HUF's, quando questionados sobre a existência de uma pessoa dentro da equipe profissional que se dedicasse exclusivamente ao atendimento das demandas de prontuários para pesquisas, pouco mais da metade, ou 54%, informaram possuir tal profissional.

Dos 11 hospitais, apenas 6 informaram haver profissionais para atender exclusivamente às pesquisas: o Hospital G afirmou contar com 5 dos seus 16 funcionários para este fim, enquanto os Hospitais F, J, K, N e O possuem, cada um, um servidor. Portanto, do total de 240 funcionários identificados, apenas 10 (equivalente 4%) se destinam ao atendimento de usuários pesquisadores e suas demandas. As demais instituições não possuem funcionário para atender unicamente às demandas de pesquisadores.

Quanto às rotinas para a realização de pesquisas, algumas ações são comuns a todos os HUF's brasileiros. Dentre estas ações, foram citadas pela todas as instituições a necessidade de autorização da direção ou gerência e/ou comitê de ética do hospital para que os pesquisador pudesse realizar consultas a prontuários; a necessidade de agendamento prévio para o acesso de múltiplos prontuários, ou o acesso a somente dois prontuários (em média) sem agendamento; e a realização das consultas aos prontuários em sala específica localizada dentro do ambiente do arquivo, sem possibilidade de empréstimo de prontuários para pesquisas.

Outras ações foram mencionadas por pequenas parcelas das instituições inquiridas. Destaca-se a possibilidade de empréstimo de prontuários para pesquisas fora do arquivo, informadas por 18% dos hospitais; a possibilidade de entrega de cópia digital de prontuários para os pesquisadores, sujeita a prévia autorização da direção e/ou comitê de ética, em 9% dos HUF's.

Também chama-se a atenção às rotinas adotadas para o acesso a prontuários para estudos, que não necessariamente sejam relativos ao desenvolvimento de projeto de pesquisa. Em relação a estas situações, 27% das instituições estudadas apontaram para a necessidade de carta de apresentação de professor para que determinado(s) aluno(s) de graduação ou pós-graduação possam consultar prontuários para realização de atividades relacionadas com o ensino profissional, e não necessariamente para a pesquisa. Assim também outra parcela equivalente a 9% dos hospitais informou da necessidade de identificação, por meio de crachá, dos profissionais da saúde que desejassem consultar prontuários para estudos avulsos.

Em relação à capacidade de atendimento a usuários, indagou-se aos HUF's quantos pesquisadores são atendidos, em média, por dia em seus arquivos médicos. Os dados obtidos permitem afirmar que estas instituições costumam receber 8 pesquisadores por dia, destacando-se os Hospitais L e N, que informaram receber 30 e 15 pesquisadores por dia, respectivamente.

A cada pesquisador, costumam ser disponibilizados, quando as solicitações são agendadas com a devida antecedência, em média 20 prontuários por dia. Destacam-se os Hospitais A, K e O como os que fornecem maiores volumes documentos para pesquisas, pois informaram fornecer até 40, 40 e 30 prontuários para cada pesquisador por dia, respectivamente, já para o Hospital E, esse número é de apenas 3 prontuários.

Situações em que os pesquisadores podem acessar prontuários sem agendamento prévio foram relatadas por 45% dos HUF's, porém, nestes

6 Os arquivos médicos em hospitais universitários federais no Brasil

casos, o número médio fornecido limita-se a dois prontuários por pesquisador por dia, salientando o caso do Hospital K, onde este valor chega a 5.

Após a análise dos dados apresentados, é possível delinear características gerais comuns aos arquivos médicos e Hospitais Universitários Federais brasileiros, conforme é observado no Quadro 13. Pode-se afirmar que nestes arquivos existem, em média, 950000 (novecentos de cinquenta mil) prontuários, produzidos a partir de 1976. Além disso, entre estes arquivos, apenas metade conta com um arquivista em suas equipes de gestão documental, equipes que são constituídas por cerca de 21 colaboradores, dentre os quais, pelo menos um dedica-se ao atendimento de usuários pesquisadores em cada hospital.

Dado analisado	Respostas médias obtidas
Hospitais pesquisados	11
Número de prontuários	Média de 950000 (máximo de 2300000 e mínimo de 110400)
Data do primeiro prontuário	Média 1976 (mais antigo 1962 e mais recente 1991)
Número de profissionais	Média de 21 (máximo de 41 e mínimo de 7)
Número de arquivistas	Média 0,4 (máximo 2 e mínimo 0)
Profissionais para atendimento de pesquisas	Média de 1 (máximo de 5 e mínimo de 0)
Rotinas de acesso ou pesquisas	Autorização pela direção ou comitê de ética; agendamento; consulta local; quantidade diária de prontuários limitada.

Quadro 13: Resumo de dados dos arquivos médicos de HUF's.
Fonte: o autor.

Também é possível descrever rotinas que envolvem o acesso a prontuários pelos usuários pesquisadores, como a exigência de autorização para realização de pesquisas pela direção ou comitê de ética em pesquisa do hospital a que pertence o arquivo médico. Dentre estas rotinas, relata-se a necessidade de agendamento de consultas a prontuários e a obrigatoriedade de realização destes estudos no local do arquivo, não sendo permitida a retirada de prontuários para estes fins.

6.1.2 A pesquisas em HUF's

Após analisar os arquivos e as rotinas para o uso de prontuários em pesquisas nos HUF's, passa-se ao estudo dos requisitos impostos por estas instituições para a autorização de realização destas investigações, assim como do volume de pesquisas realizadas no contexto considerado para fins de realização desta tese.

Em relação aos pré-requisitos exigidos pelas direções de pesquisa ou comitês de ética para a execução de pesquisas em HUF's, identificaram-se alguns pontos que são comuns, outros que não são consenso entre as políticas adotadas por estas instituições.

Entre os pré-requisitos que são comuns a todos os hospitais, foram citadas a obrigatoriedade de entrega e registro de projeto de pesquisa, com documentação pertinente em direção ou gerência de pesquisa da instituição; a posterior submissão do projeto à avaliação de comitê de ética em pesquisa do próprio hospital ou da universidade a que pertence; e, por fim, somente após esse passo, a direção do hospital emite a permissão para início de execução da pesquisa.

Dentre os requisitos apresentados que, no entanto não são adotados por todos os HUF's, destaca-se, entre as exigências precedentes à entrega do projeto à direção, a autorização dos setores que posteriormente estariam envolvidos no desenvolvimento da pesquisa. Esta exigência foi referida por 67% dos hospitais estudados e implica que, para a realização de pesquisas envolvendo informações contidas em prontuários de pacientes, antes de registrar o projeto, o pesquisador deve apresentá-lo ao arquivo médico para obter autorização deste setor ao uso de documentos lá contidos.

Outra exigência identificada em 33% dos HUF's brasileiros, refere-se ao cadastro do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil, que consiste em um sistema eletrônico criado e gerenciado pelo governo federal brasileiro para o

cadastro e controle de projetos de pesquisas que envolvem seres humanos, bem como suas tramitações pelos comitês de ética em todo o país.

Quanto às características do autor do projeto de pesquisa, é exigido por 22% dos HUF's que os pesquisadores ou pelo menos o coordenador do projeto possua vínculo com uma instituição pública de ensino superior brasileira, outros 22% só permite que estes projetos sejam de autoria de pesquisadores da mesma instituição onde será realizado o estudo submetido.

Após concluídos todos os trâmites para a autorização da realização das pesquisas, 100% dos hospitais emitem algum documento ao pesquisador, apresentando-o aos setores onde o estudo será realizado. Porém, somente 11% das instituições informaram a existência de cadastro e a necessidade de apresentação e autorização individual de cada um dos pesquisadores e colaboradores auxiliares de cada projeto para que eles possam desempenhar suas tarefas no desenvolvimento das pesquisas.

Quanto ao número de pesquisas registradas e autorizadas pelas gerências de pesquisa dos hospitais, 18% das instituições estudadas informaram não dispor deste dado. Nas demais HUF's, a média de projetos desenvolvidos nos anos de 2012 e 2013 (período considerado pela pesquisa, descrito no Capítulo 5 desta tese) é de 295 projetos por instituição. Dentre estas, destacam-se os Hospitais O, L e N com as maiores produções científicas registradas, relatado 470, 319 e 303 projetos desenvolvidos, respectivamente, no período considerado.

Os maiores números de projetos desenvolvidos coincidem com os maiores volumes de prontuários nos Hospitais O e L, porém o Hospital N, que figura entre as maiores produções científicas informadas, representa o segundo menor arquivo médico entre os HUF's investigados, que, apesar de, aparentemente representar uma contradição, pode indicar um melhor uso e maior exploração dos recursos informacionais gerenciados por estas instituições.

Indagados sobre o controle dos setores envolvidos nas pesquisas registradas, somente 55% dos hospitais informaram possuir registro dos locais de aplicação das investigações. Nestes casos foi possível identificar a parcela de estudos baseados em informações coletadas em prontuários de pacientes.

Em média, entre os hospitais que possuem controle das fontes de dados exploradas pelas suas pesquisas, 35% dos projetos envolvem informações coletadas em prontuários de pacientes. Ressalta-se a grande frequência de uso destas fontes em pesquisas desenvolvidas pelos Hospitais N e O, que informaram que do total de pesquisas realizadas nos anos de 2012 e 2013, 50% e 55%, respectivamente, basearam-se em informações contidas em prontuários de pacientes.

Dentre os hospitais onde há maior frequência de uso de prontuários em pesquisas, o Hospital O possui o segundo maior volume de prontuários, porém, o Hospital N, ao mesmo tempo que é o segundo menor em tamanho do acervo, é o que mais possui arquivistas em sua equipe profissional, o que pode apontar para uma melhor gestão e uso, ou mesmo de controle de uso de prontuários de pacientes. Estes dados comprovam a importância da qualidade da gestão dos arquivos médicos como estratégia para o crescente uso e comunicação de informações em saúde.

Esta análise permite afirmar que há um controle rigoroso por parte dos HUF's no que se refere à autorização de realização de pesquisas, por outro lado, não há um controle dos setores hospitalares envolvidos no desenvolvimento destas pesquisas. Neste momento convém relatar a situação apresentada pelo Hospital J, que informou não possuir os números de projetos registrados no período de 2012 e 2013, menos ainda de quais destes projetos envolveram dados provenientes de prontuários, pelo simples fato de ter havido uma troca da gerência daquela instituição.

Ao mesmo tempo que evidencia-se a extrema relevância e contribuição dos arquivos médicos na produção de conhecimento científico na

área da saúde no Brasil, ficou clara a negligência de diversas instituições no que se refere ao controle desta produção.

6.2 O uso de arquivos médicos em pesquisas

Este subcapítulo apresenta os dados coletados a partir de questionário aplicado a usuários de arquivos médicos durante o desenvolvimento desta tese. Subdividem-se estes dados em três partes: na primeira analisa-se aspectos relativos aos usuários, seu vínculo com a instituição onde realiza o estudo, a frequência com que costuma usar prontuários em pesquisas, o número de prontuários que normalmente emprega em seus estudos, a finalidade do uso destas fontes de informação e quais outras fontes costuma estar associadas aos arquivos médicos; na segunda parte, analisa-se os temas abordados pelos estudos, os instrumentos de coleta de dados aplicados, os tipos de pesquisas desenvolvidas e as abordagens metodológicas aplicadas; por fim, na terceira parte, são analisadas as estratégias de comunicação dos resultados obtidos pelos pesquisadores, e sua opinião sobre a importância dos arquivos médicos como fontes de informação para pesquisas científicas na área da saúde no Brasil.

6.2.1 Os usuários

O primeiro item analisado refere-se ao vínculo do usuário do arquivo médico com a instituição de saúde a que o arquivo pertence. Ressalta-se que foram estudados “subtipos” de usuários pesquisadores destes arquivos: alunos, profissionais e docentes.

O Quadro 14 mostra que a grande maioria dos sujeitos identificou-se como aluno de graduação ou pós-graduação da instituição onde se encontra

o arquivo médico, totalizando 37 dos 54 pesquisados. Ainda identificou-se a ocorrência de profissionais e docentes da instituição, em menor frequência.

Qual é seu vínculo com a instituição na qual realiza pesquisa?		
Vínculo	Dado	Porcentagem
Aluno de graduação	26	48%
Aluno de pós-graduação	11	20%
Profissional	10	19%
Docente	6	11%
Outro	1	2%
Total	54	100%

Quadro 14: Vínculo institucional do usuário
Fonte: o autor.

As proporções de ocorrência de cada tipo de usuário estão refletidas no Gráfico 01, onde se observa que 68% dos usuários são estudantes, destes, 48% identificaram-se como alunos de graduação e 20% como alunos de pós-graduação da instituição de ensino onde o hospital detentor do arquivo médico encontra-se alocado. Em menor proporção, porém com grande representatividade, verificou-se que 19% dos usuários pesquisadores são profissionais que atuam na instituição de saúde e 11% são docentes da universidade, no hospital escola onde realiza o uso de prontuários de pacientes. Ainda verificou-se a ocorrência de 2% de usuários com outro ou sem nenhum vínculo com a instituição custodiadora dos prontuários pesquisados.

Ainda em relação do vínculo institucional, pode-se concluir que 98% dos usuários pesquisadores dos arquivos médicos possuem algum vínculo com o hospital ou com a universidade a que os arquivos médicos estão ligados. Isto pode ser explicado pela maior facilidade burocrática de acesso aos prontuários. Outro ponto a ser destacado é que, as pesquisas a prontuários são desenvolvidas por equipes compostas, muitas vezes por professores, profissionais e estudantes e, nestes casos, normalmente são os alunos que realizam a coleta de dados como pesquisadores auxiliares, o que explica a grande parcela de usuários identificados como alunos.

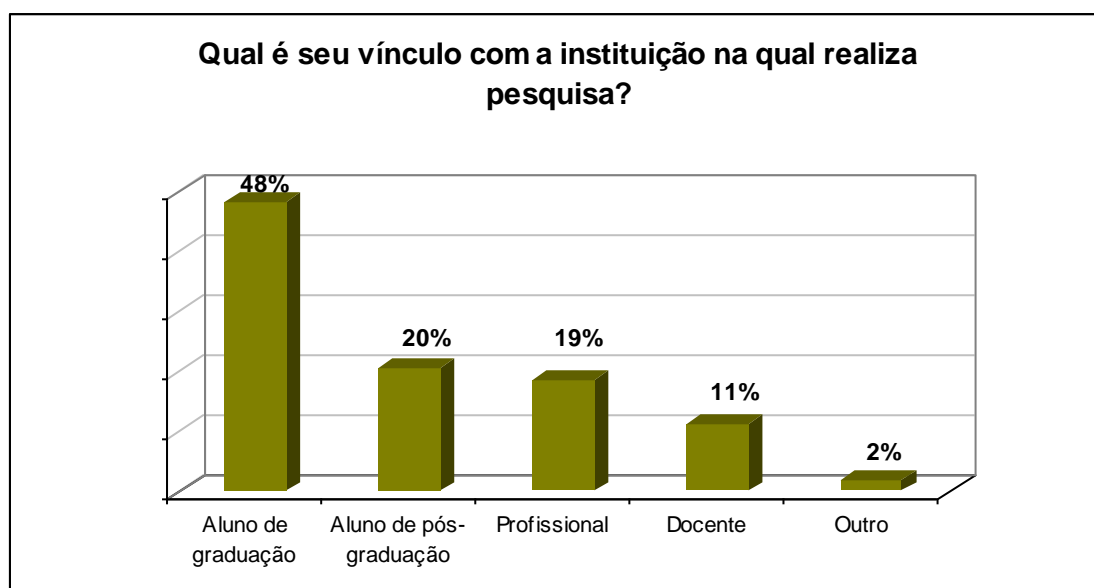


Gráfico 01: Vínculo institucional do usuário
Fonte: o autor.

Quando indagados a respeito da assiduidade com que costumam pesquisar em prontuários, os sujeitos afirmaram, na grande maioria das vezes, realizar apenas uso esporádico de prontuários de pacientes para pesquisas, porém uma parcela bastante significativa informou realizar uso frequente ou muito frequente destas fontes de informação, conforme se vê no Quadro 15.

Com que frequência você utiliza prontuário (s) em pesquisa (s)?		
<i>Frequência</i>	<i>Dado</i>	<i>Porcentagem</i>
Muito frequentemente	12	22%
Frequentemente	15	28%
Esporadicamente	27	50%
Total	54	100%

Quadro 15: Frequência de uso de prontuários
Fonte: o autor.

A metade dos pesquisadores inquiridos (50%) informou efetuar consultas a prontuários apenas esporadicamente, como ilustra o Gráfico 02. Outros 28% dos sujeitos informaram que realizam pesquisas em prontuários de pacientes frequentemente, enquanto que 22% relatam o uso muito frequente desta fonte de informação em pesquisas acadêmicas.

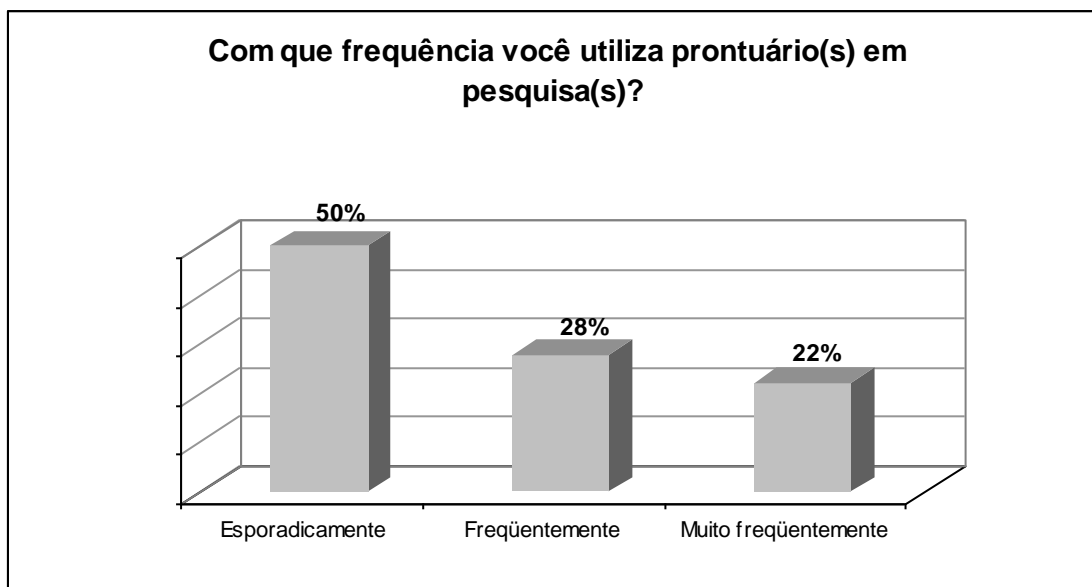


Gráfico 02: Frequência de uso de prontuários
Fonte: o autor.

O dado mais significativo deste gráfico consiste em que metade dos usuários pesquisadores de arquivos médicos costumam explorar as informações contidas em prontuários frequentemente ou muito frequentemente, o que pode ser um indício de que, uma vez que um pesquisador tenha contato com estas fontes de informação, tendem a manter uma certa fidelidade ao uso delas em suas investigações científicas.

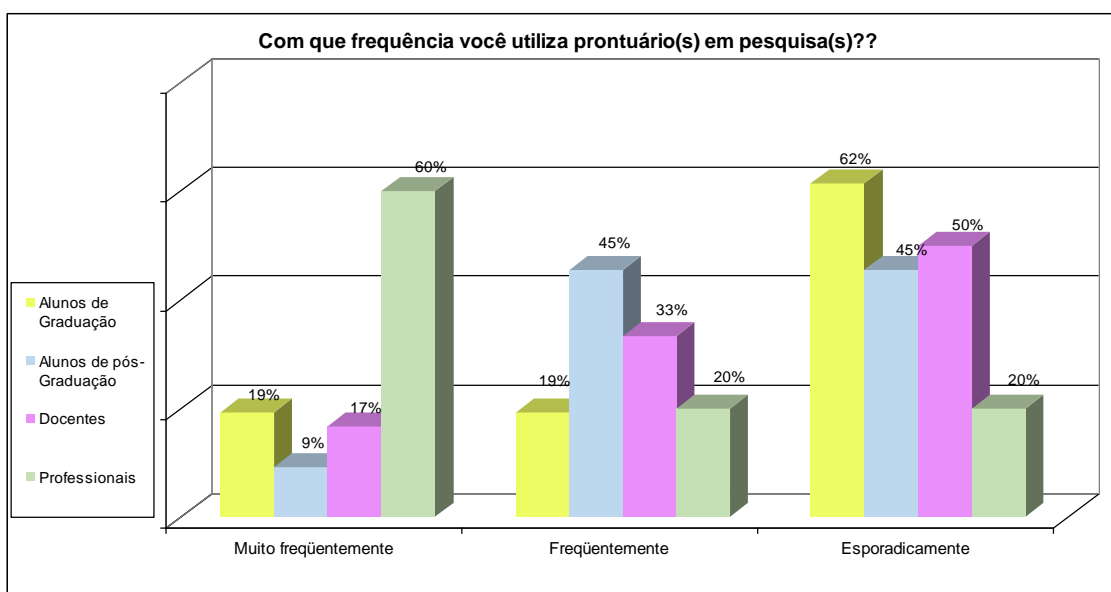


Gráfico 03: Frequência de uso de prontuários por tipo de usuário
Fonte: o autor.

6 Os arquivos médicos em hospitais universitários federais no Brasil

Fragmentando-se os dados referentes à frequência de uso de prontuários, de acordo com os tipos de usuários, vê-se no Gráfico 03, que os alunos de graduação, em sua maioria (62%), usam os prontuários esporadicamente, enquanto que 19% usam muito frequentemente e 19% usam frequentemente. Da mesma forma, a maior parte dos docentes (50%) relatam o uso esporádico dos prontuários em suas pesquisas, enquanto que o restante relata o uso frequente ou muito frequente, parcelas equivalentes a 33% e 17%, respectivamente.

Já os alunos de pós-graduação, segundo o mesmo gráfico, comumente pesquisam em prontuários frequentemente ou esporadicamente, em parcelas correspondentes a 45% em cada caso, já 9% deles afirmaram realizar este tipo de pesquisa muito frequentemente. Entre os profissionais da saúde é que se encontrou o a maior parcela de usuários muito frequentes de arquivos médicos. Ainda vendo o Gráfico 3, pode-se afirmar que 60% dos usuários identificados como profissionais da saúde indicaram o uso muito frequente de prontuários para a pesquisa, enquanto que 20% afirmam realizar o uso frequente, a mesma parcela que informou realizar o uso apenas esporádico.

Sobre o número de prontuários consultados, os pesquisadores referiram o uso das mais variadas quantidades. A fim de facilitar uma análise quantitativa, estes números foram categorizados em grupos, cujos valores e frequências de ocorrência figuram no Quadro 16.

Qual o número total de prontuários que serão consultados nesta pesquisa?		
<i>Número total de prontuários</i>	<i>Dado</i>	<i>Porcentagem</i>
01 a 10	13	24%
11 a 50	10	19%
51 a 100	10	19%
Mais de 101	12	22%
Sem previsão	9	17%
Total	54	100%

Quadro 16: Número de prontuários pesquisados
Fonte: o autor.

O Gráfico 04 demonstra uma predominância muito sutil entre os pesquisadores que usam de 01 a 10 prontuários em pesquisas, representando 24% dos sujeitos investigados; e daqueles que consultam ou pretendem consultar mais de 101 prontuários na pesquisa que estão realizando, o que representa 22% dos pesquisadores.

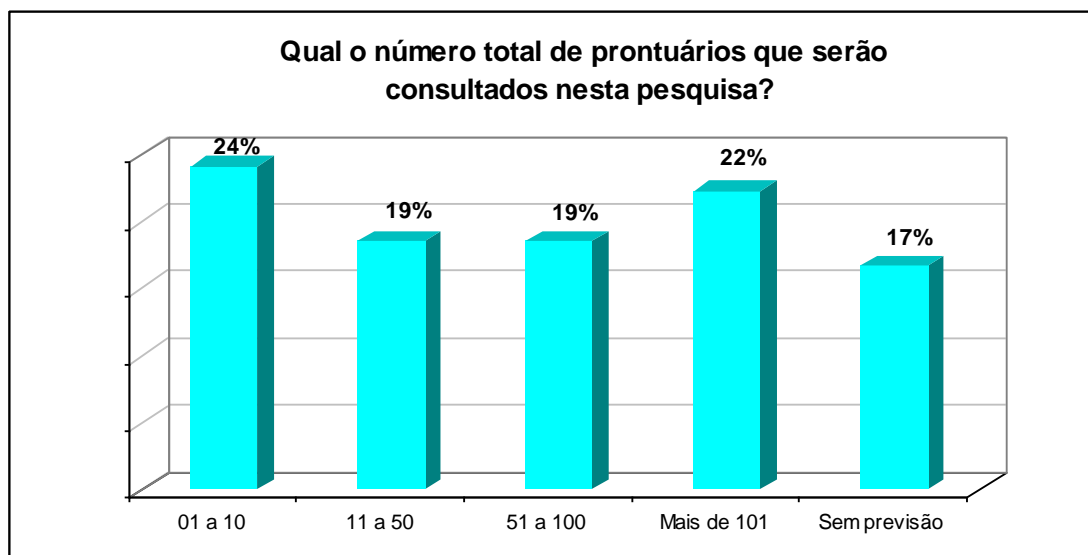


Gráfico 04: Número de prontuários pesquisados
Fonte: o autor.

Ainda no Gráfico 04, verifica-se que 19% dos usuários pesquisadores de arquivos médicos costumam consultar de 11 a 50 prontuários em cada pesquisa, mesma quantidade de usuários que usam ou pretendem usar de 51 a 100 prontuários de pacientes. Por fim, há uma parcela equivalente a 17% dos usuários cujas pesquisas não possuem um número pré-determinado de prontuários a ser investigados, tendo, portanto, informado que não há previsão do volume de prontuários.

Ao realizar uma análise das respostas separadamente, não se observou uma variação do volume de prontuários consultados segundo cada tipo de usuário. O Gráfico 5 ilustra bem a baixa oscilação das quantidades de prontuários pesquisados de acordo com os tipos de usuários estudados.

6 Os arquivos médicos em hospitais universitários federais no Brasil

Vê-se no Gráfico 05 que, entre os alunos de graduação, 27% informaram que usaram ou usariam de 11 a 50 prontuários em sua pesquisa, 23% mais de 101 prontuários, 19% entre 1 e 10 prontuários, 15% entre 51 e 100 prontuários e outros 15% dos sujeitos não tinham uma previsão exata do número de prontuários que seriam necessários para seus estudos. Entre os alunos de pós-graduação, 27% informaram o uso de mais de 101 prontuários, outros 27% de 51 a 100 prontuários, 18%, de 1 a 10, 18% de 11 a 50 e apenas 9% não tinham previsão do volume de prontuários a ser estudados.

Segundo o mesmo gráfico, os usuários pesquisadores docentes, em sua maior parcela, ou seja, 33%, informaram o estudo de 1 a 10 prontuários, os demais indicaram o uso de 11 a 50, 51 a 100, mais de 101 ou sem previsão do número de prontuários, em parcelas iguais de 17% para cada volume de prontuários. Entre os usuários pesquisadores profissionais da saúde, 30% indicaram o uso de 1 a 10 prontuários, mesmo número de usuários que não tinham previsão da quantidade de prontuários; outras duas partes, cada uma equivalente a 20% deste tipo de usuários, responderam que usariam de 51 a 100 ou mais de 101 prontuários em seus estudos.

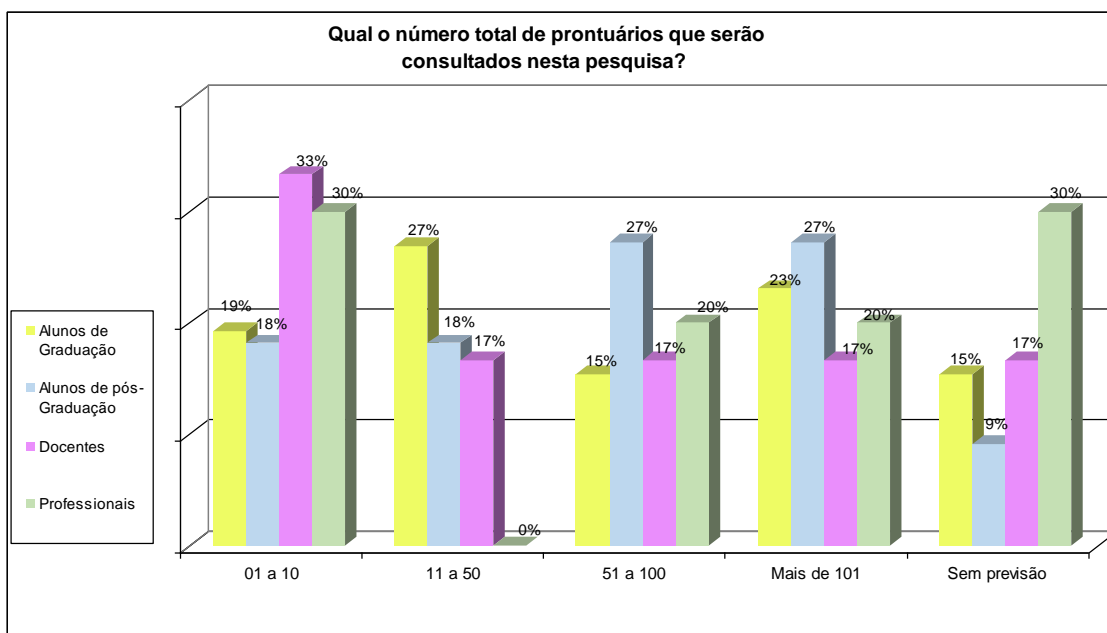


Gráfico 05: Número de prontuários pesquisados por tipo de usuário

Fonte: o autor.

Em relação à finalidade da consulta ou natureza da investigação que os usuários realizavam, identificaram-se as situações citadas pelo Quadro 17, onde constam como finalidades: projetos de pesquisa, trabalhos de disciplina acadêmica, revisão de procedimentos em pacientes, investigação de natureza epidemiológica e outras investigações de natureza não acadêmica.

Qual é a finalidade da consulta a prontuário (s)?		
<i>Finalidade</i>	<i>Dado</i>	<i>Porcentagem</i>
Projeto de pesquisa	28	52%
Trabalho de uma disciplina acadêmica	6	11%
Revisão de procedimento(s) ou caso(s)	6	11%
Investigação epidemiológica	7	13%
Investigação de outra natureza	7	13%
Total	54	100%

Quadro 17: Finalidade da consulta a prontuários
Fonte: o autor.

Em seguida, o Gráfico 06 mostra que a grande maioria dos usuários, ou seja, 52% dos sujeitos inquiridos referiram estar realizando coleta de dados para o desenvolvimento de projeto de pesquisa. Os demais usuários relataram que o uso de prontuários devia-se a coleta de informações para investigações de outras naturezas (inclusive investigações policiais outros usos via mandado judicial), em 13% dos casos; investigações epidemiológicas, também referidas por 13% dos sujeitos.

Em proporções discretamente inferiores, ainda vendo-se o Gráfico 06, 11% dos usuários informaram realizar estudos referentes a determinada disciplina acadêmica do seu curso de graduação ou pós-graduação, ou, ainda, também em 11% dos casos, revisar procedimentos ou atendimentos que tenham realizado a determinado paciente em decorrência do cumprimento de sua atividade profissional.



Gráfico 06: Finalidade da consulta a prontuários
Fonte: o autor.

Categorizados os dados relativos à finalidade do uso dos prontuários, segundo o tipo de usuário pesquisador estudado, observam-se algumas peculiaridades ilustradas pelo Gráfico 07. O uso em projetos de pesquisa é predominante entre todos os usuários, exceto pelos profissionais da saúde, e é entre os alunos de pós-graduação que se evidencia a prevalência da coleta de dados para alimentar projetos de pesquisa.

No Gráfico 07, verificam-se que entre os alunos de graduação, 54% realizavam levantamentos para projeto de pesquisa, 19% trabalhos de disciplina acadêmica, 15% investigações epidemiológicas e 12% realizavam investigações de outras naturezas. Já entre os alunos de pós-graduação, uma imensa maioria, equivalente a 82%, informaram que estavam desenvolvendo projetos de pesquisa, enquanto que 9% pesquisavam os prontuários para cumprir

determinada atividade de disciplina acadêmica e outros 9% realizavam investigações epidemiológicas.

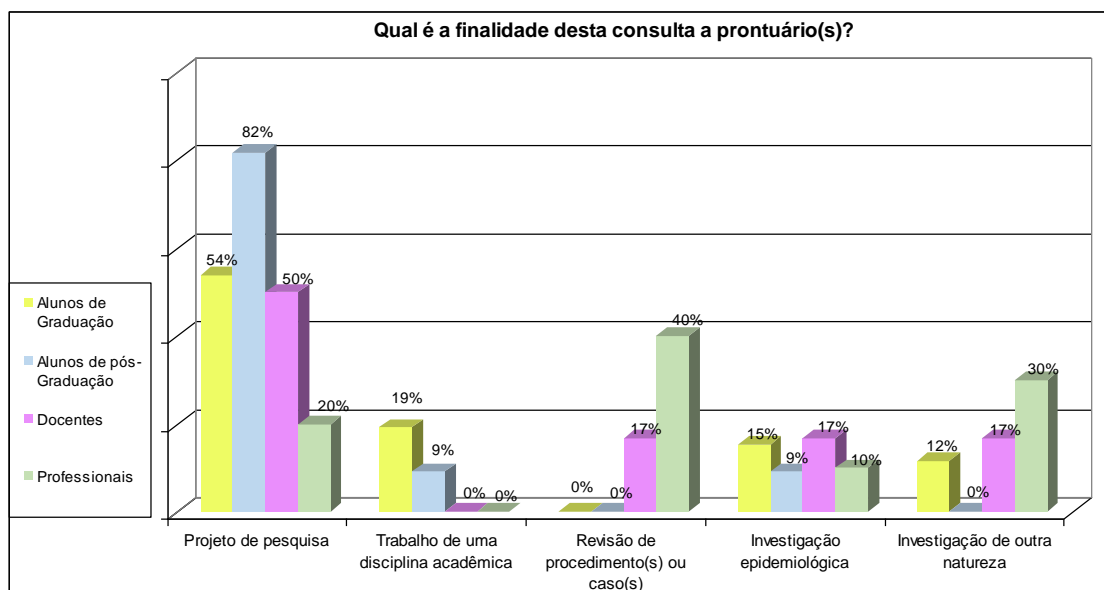


Gráfico 07: Finalidade da consulta a prontuários por tipo de usuário
Fonte: o autor.

O mesmo gráfico demonstra que entre os usuários docentes, 50% desenvolvem projetos de pesquisas a partir dos estudos em prontuários, e outras 3 parcelas iguais, de 17% de docentes cada, informaram a revisão de procedimentos ou casos, investigações epidemiológicas e investigações de outras naturezas.

Outra informação questionada aos usuários pesquisadores dos arquivos médicos foi: quais fontes de dado estavam envolvidas em suas pesquisas? Para esta questão permitiu-se que cada sujeito informasse mais de uma fonte, de forma que houvessem 92 fontes relatadas pelos 54 usuários questionados. Conforme o Quadro 16, dentre estas fontes identificou-se: pacientes, profissionais da saúde, SAME, SIS e outras.

No mesmo quadro é possível observar que SAME é citado 54 vezes, ou seja, por todos os sujeitos desta pesquisa. Isto se deve ao fato que o questionário foi aplicado justamente a estes usuários, por isso, os dados mais relevantes deste quadro referem-se ao uso de fontes correlatas, que são

exploradas ao mesmo tempo que os arquivos médicos pelos pesquisadores. No Quadro 18 vê-se que ocorre o uso de 33 fontes a mais que o número de pesquisadores, o que significa que estes 61 % de sujeitos fazem uso de mais que uma fonte. Por outro lado, significa que pelo menos 21 usuários (ou 39%) desenvolvem suas pesquisas somente com dados provenientes de prontuários de pacientes.

Quais são as fontes de dados utilizadas nesta pesquisa?		
Fontes de dados	Dado	Porcentagem
Paciente	16	18%
Profissional da saúde	5	6%
SAME	54	62%
SIS	10	11%
Outra	2	2%
Total	87	100%

Quadro 18: Fontes de dados exploradas
Fonte: o autor.

Em relação às fontes de informação para pesquisas, o Gráfico 08 demonstra que, entre os estudos que envolvem arquivos médicos, o maior volume de informações, representando 62%, provém unicamente dos prontuários. Este dado pode ser considerado tendencioso, uma vez que os a amostra estudada incluiu somente usuários destas fontes.

As fontes correlatas mais frequentemente citadas pelos pesquisadores são os pacientes, que respondem por 18% das informações coletadas por estes usuários. Outra fonte bastante relevante, ainda de acordo com o Gráfico 05, é composta pelos Sistemas de Informação em Saúde (tais como SIM, SINAN, SINASC, etc.), referenciada por 11% dos pesquisadores investigados. Ainda foram citados por 6% dos pesquisadores os profissionais da saúde como fontes de coleta de dados e, por 2 %, outras fontes de natureza distinta.

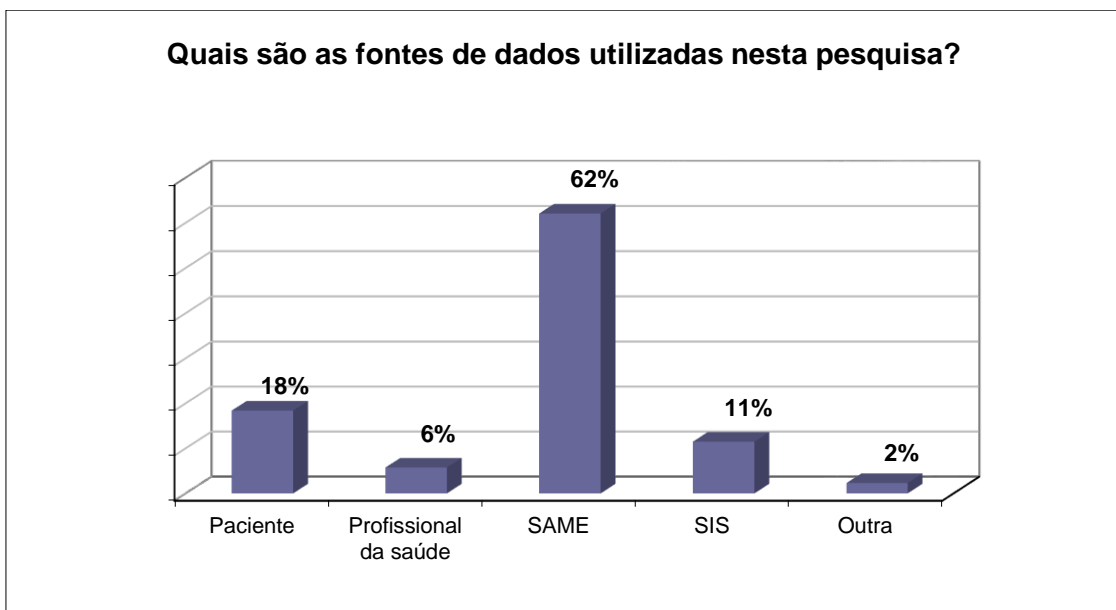


Gráfico 08: Fontes de dados exploradas
Fonte: o autor.

Todas as categorias ou tipos de usuários informaram o uso, predominantemente, de SAME como fontes de informação em seus estudos, o que explica-se pelo fato de que os questionários, conforme já mencionado, foram aplicados justamente aos usuários de arquivos médicos. O Gráfico 09 mostra que os prontuários de pacientes equivalem a 61% das fontes usadas por alunos de graduação, 41% das fontes exploradas por alunos de pós-graduação, 63% das fontes usadas por docentes e 53% das usadas por profissionais da saúde.

Desconsiderando-se as fontes óbvias e analisando as fontes correlatas indicadas pelos usuários pesquisadores, observa-se que entre os alunos de graduação, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são fontes de 21% das informações manipuladas por suas pesquisas, entre os alunos de pós graduação, equivalem a 29%, entre os docentes, 13% e entre os profissionais da saúde, igualmente.

Os dados coletados diretamente de pacientes fazem com que eles também sejam uma relevante fonte de informações para os pesquisadores usuários de arquivos médicos. Os pacientes dão origem, diretamente, a parcelas equivalentes a 13% das informações manipuladas por alunos de graduação, 24%, 13% e 20%, respectivamente, das informações manipuladas por alunos de

pós-graduação, docentes e profissionais da saúde. Por fim, houve relato de dados provenientes de profissionais da saúde, correspondentes a 5%, 6%, 13% e 13% das fontes de informação manipuladas por alunos de graduação, alunos de pós-graduação, docentes e profissionais da saúde, respectivamente.

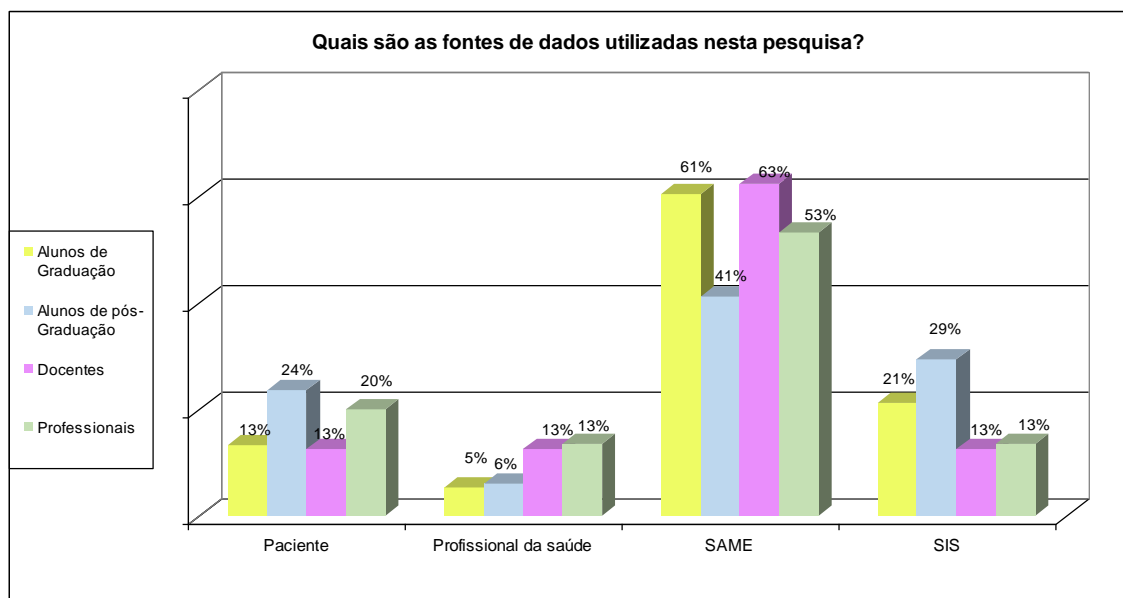


Gráfico 09: Fontes de dados exploradas por cada tipo de usuário

Fonte: o autor.

Em resumo (ver Quadro 17), o que se pode concluir até aqui, traçando um perfil geral dos usuários pesquisadores de arquivos médicos, pode-se afirmar que estes usuários são alunos algum curso de graduação na área da saúde, realizam estudos em prontuários esporadicamente, e quando o fazem costumam consultar prontuários de 1 a 10 pacientes distintos para coleta de dados de seus projetos de pesquisa. Também pode-se afirmar que boa parte dos pesquisadores usam, além de dados provenientes dos arquivos médicos, dados coletados de outras fontes, principalmente de pacientes.

O Quadro 19 resume os dados referentes a cada classificação de usuários pesquisadores identificados, de forma que permite traçar características comuns e específicas para cada caso.

Classificação de usuários pesquisadores	Frequência de uso	Número de prontuários	Finalidade do uso	Fontes correlatas
Geral	Esporadicamente	01 a 10	Projeto de pesquisa	Pacientes
Alunos de graduação	Esporadicamente	11 – 50	Projeto de pesquisa	SIS
Alunos de pós-graduação	Frequentemente	Mais de 101	Projeto de pesquisa	SIS
Docentes	Esporadicamente	01 – 10	Projeto de pesquisa	Profissionais da saúde
Profissionais da saúde	Muito frequentemente	Sem previsão	Revisão de procedimentos	Pacientes

Quadro 19: Características dos tipos de usuários
Fonte: o autor.

A primeira classe de usuário diz respeito aos pesquisadores que identificaram-se como alunos de graduação. A respeito deles, pode-se afirmar que usam prontuários esporadicamente para pesquisa e, quando o fazem, costumam consultar de 11 a 50 prontuários, coletando seus dados para o desenvolvimento de projetos de pesquisa, dados que são complementados, em suas pesquisas, por informações procedentes de Sistemas de Informação em Saúde.

Em seguida, o Quadro 19 mostra os usuários pesquisadores alunos de pós-graduação, os quais usam os prontuários em suas pesquisas esporadicamente, fazendo coleta de 1 a 10 prontuários, para seus projetos de pesquisa. Estes usuários também relatam o uso de dados coletados de Sistemas de Informação em Saúde nos seus estudos.

Outro tipo de usuários pesquisadores corresponde aos docentes, que costumam explorar prontuários de pacientes esporadicamente em seus projetos pesquisas científicas. Este uso, quando ocorre, se dá em um conjunto de no máximo 10 prontuários, tendo seus dados complementados por informações provenientes de profissionais da saúde.

O Quadro 19 ainda mostra o resumo dos dados mais relevantes relativos aos usuários pesquisadores profissionais da saúde, os quais usam os prontuários muito frequentemente para investigações de natureza científica, coletando dados de um número indefinido ou imprevisível de prontuários. Estes usuários fazem uso mais frequente de prontuários para a revisão de procedimentos médicos e revisão de casos tratados, usando além dos prontuários, dados coletados diretamente dos pacientes nas pesquisas que desenvolvem.

6.2.2 As pesquisas

Realizou-se, a partir dos dados coletados com a aplicação dos questionários, uma análise dos aspectos metodológicos referentes às pesquisas que os usuários de arquivos médicos realizavam. Este subcapítulo destina-se a analisar estes aspectos e o primeiro a ser apresentado refere-se às palavras-chave empregadas para descrever os estudos realizados pelos sujeitos indagados. Para a coleta deste dado, o questionário apresentado aos sujeitos continha a questão e as opções de resposta citadas no Quadro 20, permitindo que cada um escolhesse três termos para representar o estudo que estava realizando.

Vê-se, no referido quadro que os termos mais frequentemente informados são: epidemiologia, citado 13 vezes; mortalidade, 11 vezes; vigilância em saúde, avaliação de serviços de saúde e saúde da criança, cada um destes citados por 10 pesquisadores.

Quais palavras-chave descrevem sua pesquisa?		
<i>Palavra-chave</i>	<i>Dado</i>	<i>Porcentagem</i>
Epidemiologia	13	8,0%
Mortalidade	11	6,8%
Vigilância em saúde	10	6,2%
Avaliação de serviços	10	6,2%
Criança, Saúde da	10	6,2%
Acesso/direito à saúde	8	4,9%
Materno-infantil, Saúde	7	4,3%
SUS	7	4,3%
Mulher, Saúde da	7	4,3%
Saúde coletiva/pública	6	3,7%
Idoso, Saúde do	6	3,7%
Comunicação/informação	6	3,7%
Trabalhador, Saúde do	5	3,1%
Qualidade de vida	5	3,1%
Nutrição	5	3,1%
Violência	5	3,1%
Hospitalização	5	3,1%
Outras	5	3,1%
Fatores socioeconômicos	4	2,5%
Enfermagem	4	2,5%
HIV/SIDA	4	2,5%
Saúde mental	4	2,5%
Câncer	3	1,9%
Saúde bucal	3	1,9%
Medicamentos	3	1,9%
Fator de gênero	3	1,9%
Família, Saúde da	2	1,2%
Sedentarismo	1	0,6%
Total	162	100%

Quadro 20: Palavras chave que descrevem o estudo

Fonte: o autor.

O Gráfico 10 ilustra as frequências de cada uma das palavras-chave referenciadas pelos usuários pesquisadores investigados. Conforme já informado anteriormente, os termos mais referenciados pelos sujeitos foram: epidemiologia (por 8%), mortalidade (por 6,8%), vigilância em saúde (por 6,2%), avaliação de serviços de saúde (por 6,2%) e saúde da criança (por 6,2%).

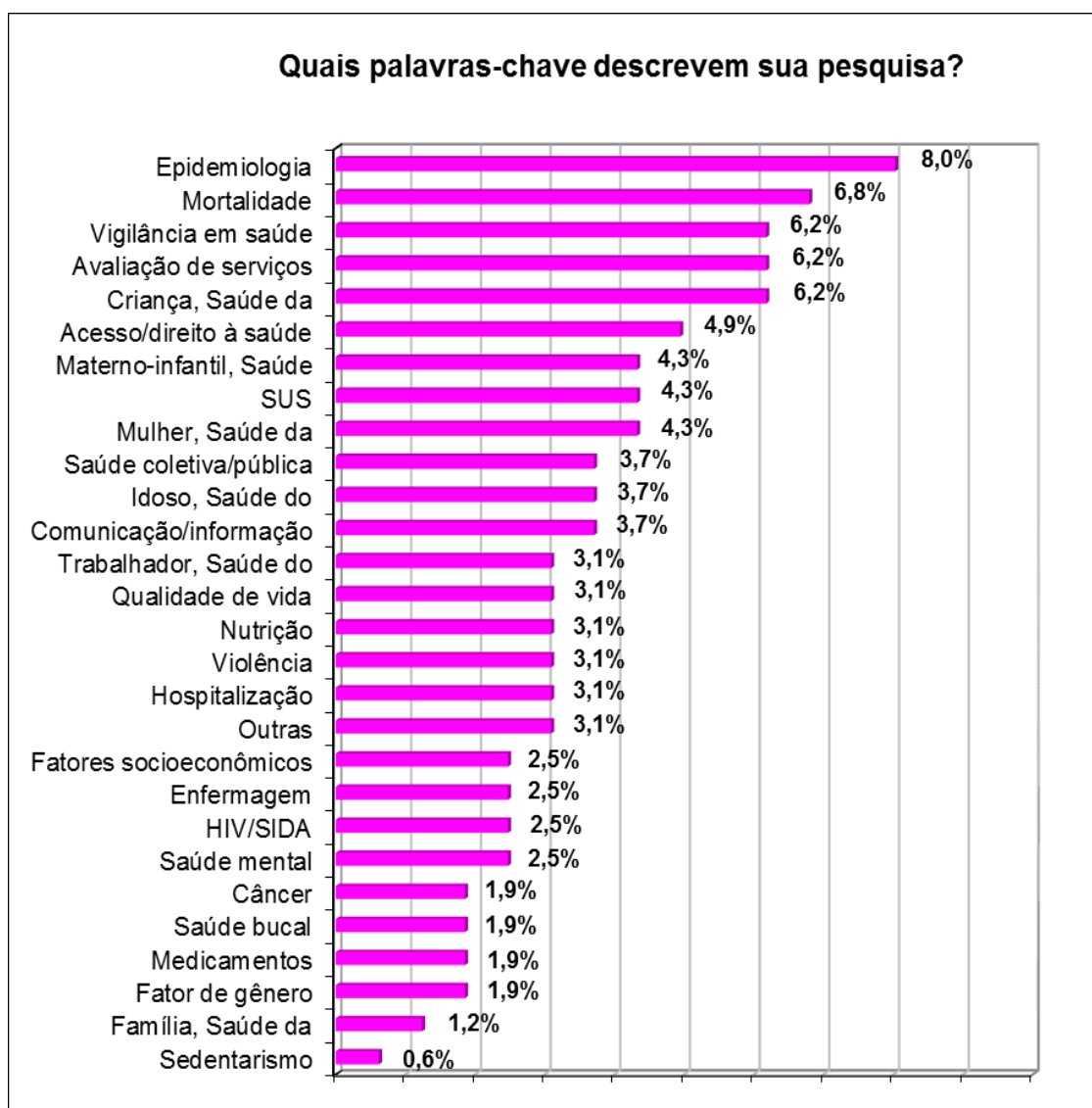


Gráfico 10: Palavras chave que descrevem o estudo
 Fonte: o autor.

Outras palavras-chave bastante usadas, de acordo com o Gráfico 10, são: acesso aos serviços de saúde, referida por 4,9% dos sujeitos; saúde materno infantil, por 4,3%; SUS, por 4,3%; saúde da mulher, também por 4,3%; saúde pública/ saúde coletiva, saúde do idoso e comunicação e informação em saúde, cada uma por 3,7% dos pesquisadores.

Em seguida, observa-se, no Gráfico 10, que 3,1% dos usuários questionados citaram saúde do trabalhador, qualidade de vida, nutrição, violência e hospitalização como termos ideais para descrever suas pesquisas. Com frequência ligeiramente inferior, encontram-se referenciadas as palavras-

chave fatores socioeconômicos, enfermagem, HIV/SIDA e saúde mental, cada uma delas citada por 2,5% dos pesquisadores.

As palavras-chave menos frequentemente lembradas pelos pesquisadores inquiridos foram câncer, saúde bucal, medicamentos e fatores de gênero, citadas, cada uma, por 1,9% dos usuários de SAME; e sedentarismo, por 0,6%. Houve ainda 3,1% dos questionados que informaram outras palavras-chave para a descrição das pesquisas realizadas.

Fracionando as informações relativas ao uso de palavras-chave, segundo o tipo de usuário que as aplicam na descrição de suas pesquisas, observa-se no Gráfico 11, que entre os usuários pesquisadores identificados como alunos de graduação, as palavras-chave mais frequentemente empregadas são epidemiologia (8,5%), avaliação dos serviços de saúde (8,5%), mortalidade (8,5%), vigilância em saúde (7%), comunicação e informação em saúde (7%), acesso e direito à saúde (5,6%), SUS (5,6%) e enfermagem (5,6%). Já entre os usuários alunos de pós-graduação, os termos mais frequentes são epidemiologia (13,8%), mortalidade (10,3%), saúde da criança (10,3%), saúde mental (10,3%), avaliação dos serviços de saúde (6,9%), saúde da mulher (6,9%) e saúde coletiva (6,9%).

O mesmo gráfico também mostra que, entre os usuários pesquisadores docentes, os temas mais comumente estudados são mortalidade (11,8%), saúde materno-infantil (11,8%), saúde do idoso (5,9%), comunicação e informação em saúde (5,9%), saúde do trabalhador (5,9%) e qualidade de vida (5,9%). Os usuários que informaram ser profissionais da saúde, por sua vez, utilizam com mais frequência os seguintes termos para descrever as pesquisas que desenvolvem a partir de dados de prontuários: saúde da criança (10,7%), direito ou acesso à saúde (10,7%), saúde do trabalhador (10,7%), qualidade de vida (7,1%), SUS (7,1%) e saúde da mulher (7,1%).

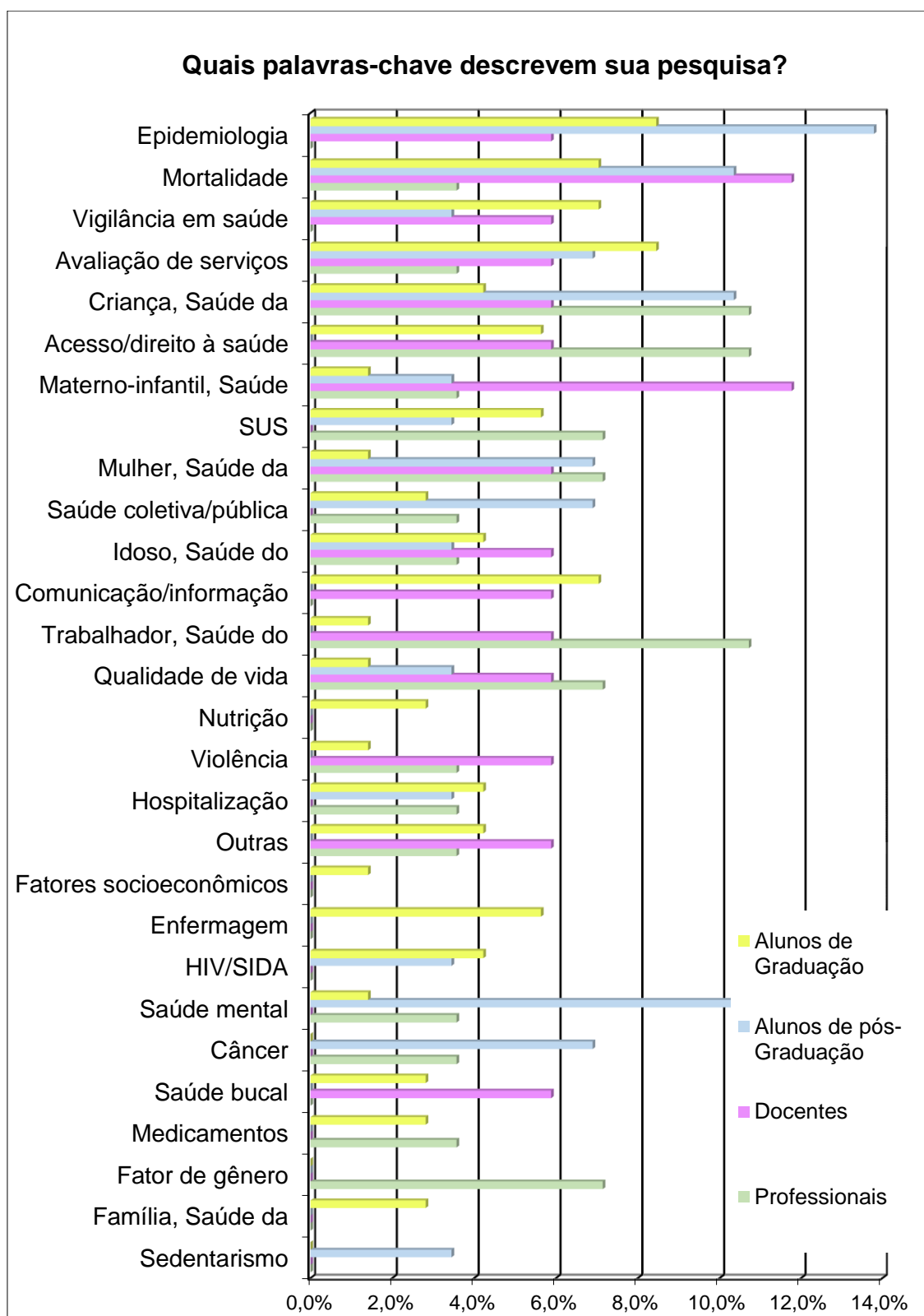


Gráfico 11: Palavras chave que descrevem o estudo por tipo de usuário

Fonte: o autor.

Outro aspecto estudado foram os instrumentos de coleta de dados usados pelos pesquisadores. Outra vez permitiu-se a escolha de mais de uma

opção, obtendo-se 66 instrumentos citados pelos 54 pesquisadores questionados. O Quadro 21 descreve quais instrumentos são utilizados: questionários, entrevistas ou formulários (incluindo eletrônicos).

Qual é o instrumento de coleta de dados utilizado?		
<i>Instrumentos utilizados</i>	<i>Dado</i>	<i>Porcentagem</i>
Questionário	13	20%
Entrevista	12	18%
Formulário	38	58%
Outro	3	5%
Total	66	100%

Quadro 21: Instrumentos de coleta de dados
Fonte: o autor.

O Gráfico 12 ilustra a distribuição do uso de instrumentos de coleta de dados informados pelos sujeitos investigados. Observa-se que os formulários, em meio tradicional ou eletrônico correspondem à maior parcela, ou seja, a 58% dos instrumentos empregados pelos pesquisadores usuários de arquivos médicos. Em seguida, verifica-se o relato do uso de questionários e entrevistas como 20% e 18% do total de instrumentos de coleta de dados utilizados pelos pesquisadores.

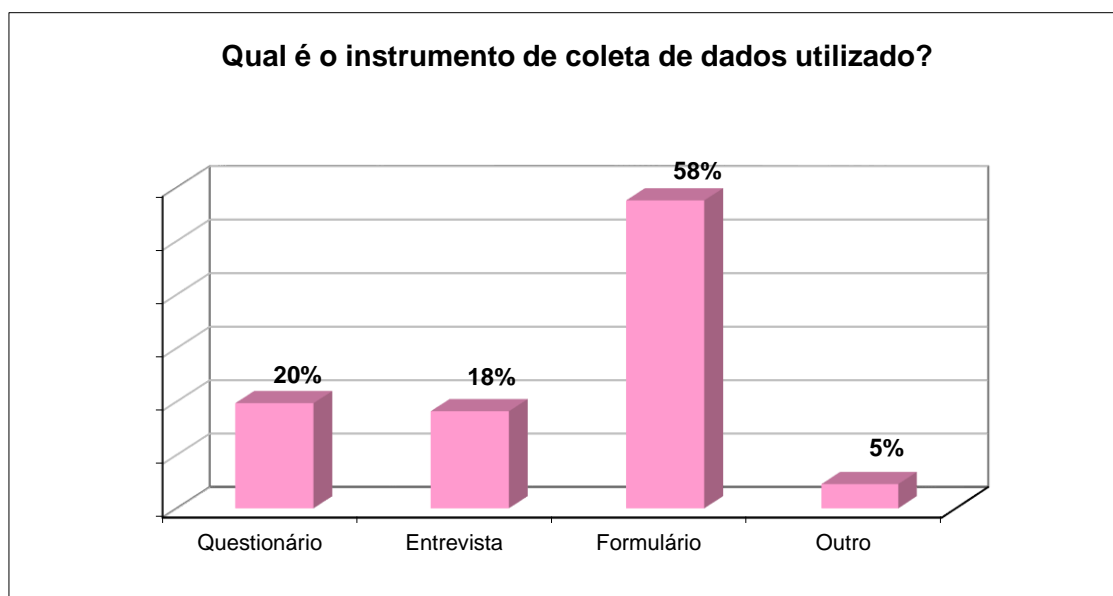


Gráfico 12: Instrumentos de coleta de dados
Fonte: o autor.

Cada tipo de usuário identificado relatou a aplicação de um ou mais instrumentos de coleta de dados. Conforme mostra o Gráfico 13, o formulário é o instrumento predominante em todas as classes de pesquisadores estudados, representando 65% dos instrumentos usados por alunos de graduação, 38% dos usados por alunos de pós-graduação, 40% do total de instrumentos de coleta de dados aplicados por docentes e 73% dos empregados por usuários pesquisadores identificados como profissionais da saúde.

Questionários são representados no Gráfico 13, figurando boa parcela dos instrumentos desenvolvidos e aplicados por alunos de graduação, alunos de pós-graduação e docentes, correspondendo, respectivamente, a 16%, 31% e 40% do total de instrumentos usados por cada um dos destes tipos de usuários, sendo que profissionais da saúde não relatam o uso de questionários. Outro instrumento de coleta de dados mencionado pelos sujeitos foram as entrevistas, referidas por parcelas semelhantes dos diferentes tipos de usuários: alunos de graduação (19%), alunos de pós-graduação (15%), docentes (20%) e profissionais da saúde (18%). Houve ainda o relato, por parte de alunos de pós-graduação e profissionais da saúde, do uso de outros instrumentos de coleta de dados em suas pesquisas.

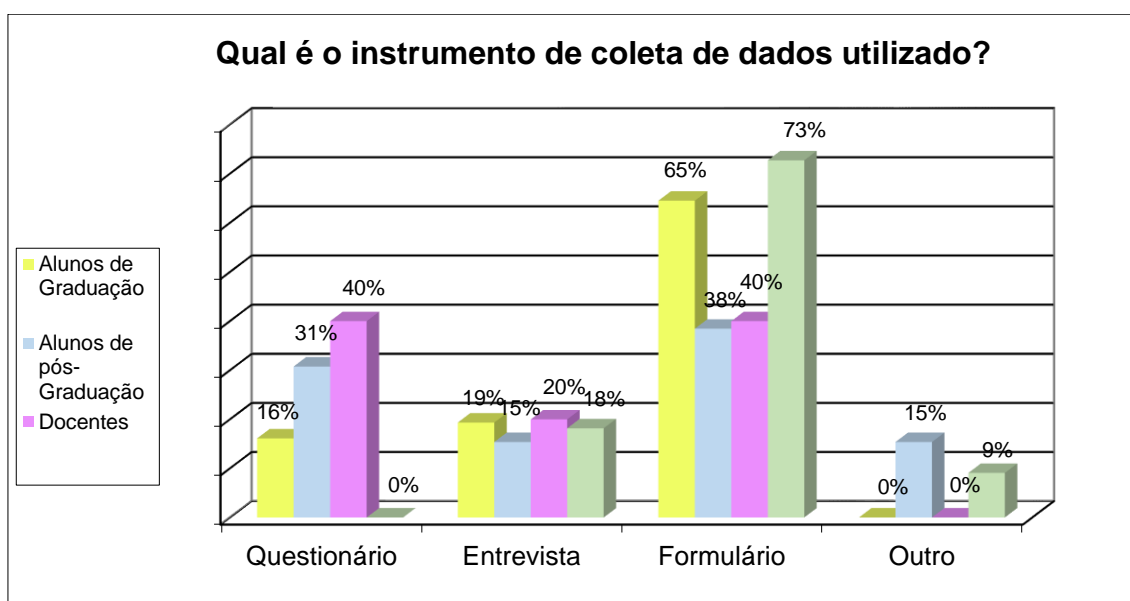


Gráfico 13: Instrumentos de coleta de dados por tipo de usuário
Fonte: o autor.

Em seguida, os sujeitos foram questionados a respeito do tipo de pesquisa que estavam realizando, a partir da classificação defendida por Gil (2002), em consonância com Minayo (1996), Demo (2001), Lakatos e Marconi (2001), Köche (2002) e Andrade (2003). Esta classificação divide em três categorias as pesquisas científicas, de acordo com a profundidade de alcance dos objetivos, a saber, pesquisas exploratórias, pesquisas descritivas e pesquisas explicativas.

De acordo com essa classificação, as opções de respostas para esta pergunta exposta no Quadro 22 incluíram os três tipos de pesquisas já mencionadas e também citadas no referido quadro, além da opção “sem classificação”, prevendo que alguns pesquisadores estariam realizando investigações de natureza diversa à científica ou acadêmica.

Qual é o tipo de sua pesquisa?		
<i>Tipo de pesquisa</i>	<i>Dados</i>	<i>Porcentagem</i>
Exploratória	19	35%
Descritiva	27	50%
Explicativa	3	6%
Sem classificação	5	9%
Total	54	100%

Quadro 22: Tipo de pesquisa
Fonte: o autor.

Observa-se, no Gráfico 14, que o tipo de pesquisa mais frequentemente citada pelos usuários de arquivos médicos, correspondente a 50% dos casos, é a pesquisa descritiva, que, segundo Gil (2002) é o tipo de pesquisa que visa à descrição pura e simples de sujeitos ou fenômenos em determinada população, ou ainda a identificação de relações entre variáveis.

Em segundo lugar, o Gráfico 14 mostra a ocorrência de pesquisas exploratórias, referenciada por 35% dos usuários pesquisadores de arquivos médicos. Gil (2002) conceitua pesquisas exploratórias como aquelas que abordam determinado tema de maneira superficial, tendo como objetivo

proporcionar maior familiaridade com o problema investigado, permitindo torná-lo mais explícito e a construção de hipóteses.

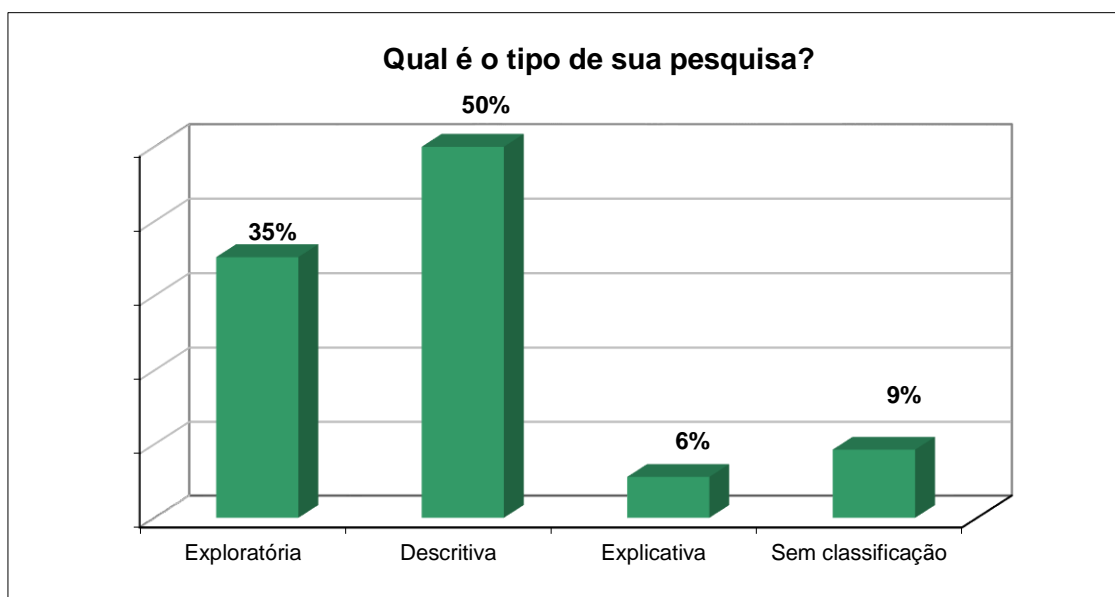


Gráfico 14: Tipo de pesquisa
Fonte: o autor.

As pesquisas explicativas foram citadas por apenas 6% dos usuários pesquisadores de arquivos médicos, sendo então, o tipo de pesquisa menos frequentemente executadas a partir destas fontes, segundo os dados expostos no Gráfico 14. As pesquisas explicativas, para Gil (2002), têm como preocupação central a explicação de fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência de determinado fenômeno, sendo o tipo de pesquisa que mais se aprofunda em determinado tema, uma vez que visa explicar o porquê das relações entre variáveis e fenômenos.

Houve ainda, em 9% dos casos investigados, a informação de que sua pesquisa não se encaixa em nenhuma das classificações apresentadas anteriormente. Provavelmente esta parcela se encaixa entre 13% de relatos de casos de investigações de natureza não acadêmica ou não científica apresentados pelo Gráfico 06.

Ao segregar as informações prestadas pelos diferentes tipos de usuários em relação aos tipos de pesquisas que desenvolvem a partir das

informações coletadas em prontuários de pacientes, o Gráfico 15 revela algumas particularidades. Inicialmente observa-se a prevalência das pesquisas descritivas entre todos os usuários, exceto entre os docentes, que, em sua maioria, desenvolvem pesquisas explicativas.

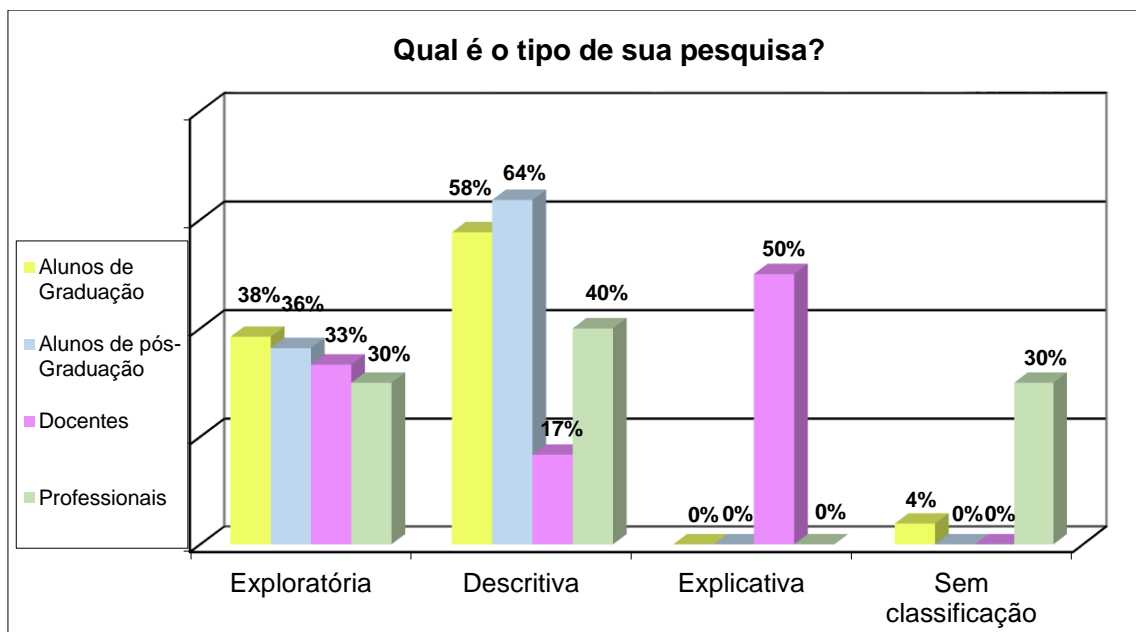


Gráfico 15: Tipo de pesquisa por tipo de usuário
Fonte: o autor.

O Gráfico 15 mostra que, entre os alunos de graduação, 58 % desenvolvem pesquisas do tipo descritivas, 38% desenvolvem pesquisas exploratórias e 4% realizam estudos de natureza não científica. Entre os alunos de pós-graduação, o predomínio é também das pesquisas descritivas, relatadas por 64% dos pesquisadores (maior índice encontrado); os outros 36% informaram realizar pesquisas de caráter exploratório.

Por outro lado, o mesmo gráfico revela que 50% dos usuários pesquisadores docentes realizam pesquisas do tipo explicativas, dado que não chega a ser surpreendente, uma vez que, sendo este o tipo de pesquisa mais complexo e que proporciona conhecimento mais aprofundado a respeito de determinada matéria, é esperado que pesquisas deste tipo sejam desenvolvidas por professores. 33% destes usuários, porém, informaram que realizavam

pesquisas de caráter exploratório, além dos 17% restantes que informaram realizar pesquisas descritivas.

Entre os usuários pesquisadores identificados como profissionais da saúde, 40% realizam pesquisas descritivas, 30% realizam pesquisas exploratórias e os 30% restantes informaram que os estudos realizados nos prontuários não poderiam ser classificados como exploratórios, descritivos ou explicativos.

Os sujeitos também foram questionados a respeito da abordagem metodológica aplicada à análise dos dados que estavam sendo coletados nos prontuários de pacientes. O Quadro 23 identifica as opções de respostas apresentadas aos sujeitos, isto é, se realizam análises quantitativas, qualitativas, mistas (qualiquantitativas), ou ainda aqueles casos onde não haverá análise formal dos dados.

Qual é a abordagem metodológica a ser aplicada?		
<i>Abordagem aplicada</i>	<i>Dados</i>	<i>Porcentagem</i>
Quantitativa	19	35%
Qualitativa	8	15%
Qualiquantitativa	21	39%
Sem classificação	6	11%
Total	54	100%

Quadro 23: Abordagem metodológica da pesquisa
Fonte: o autor.

O Gráfico 16 mostra que o mais comum entre as pesquisas realizadas com informações provenientes de prontuários de pacientes é a análise de dados mista, em outros termos, 39% dos pesquisadores informaram que realizariam análises qualiquantitativas em suas pesquisas. Em segundo lugar, com uma discreta diferença, em 35% dos casos, foram relatadas as pesquisas baseadas em uma abordagem metodológica quantitativa. Em seguida, vê-se a ocorrência das pesquisas com análise de dados qualitativa em 15% das respostas e, por fim houve relato, por parte de 11% dos inquiridos, de

que seus dados não seriam analisados de acordo com nenhuma destas abordagens.

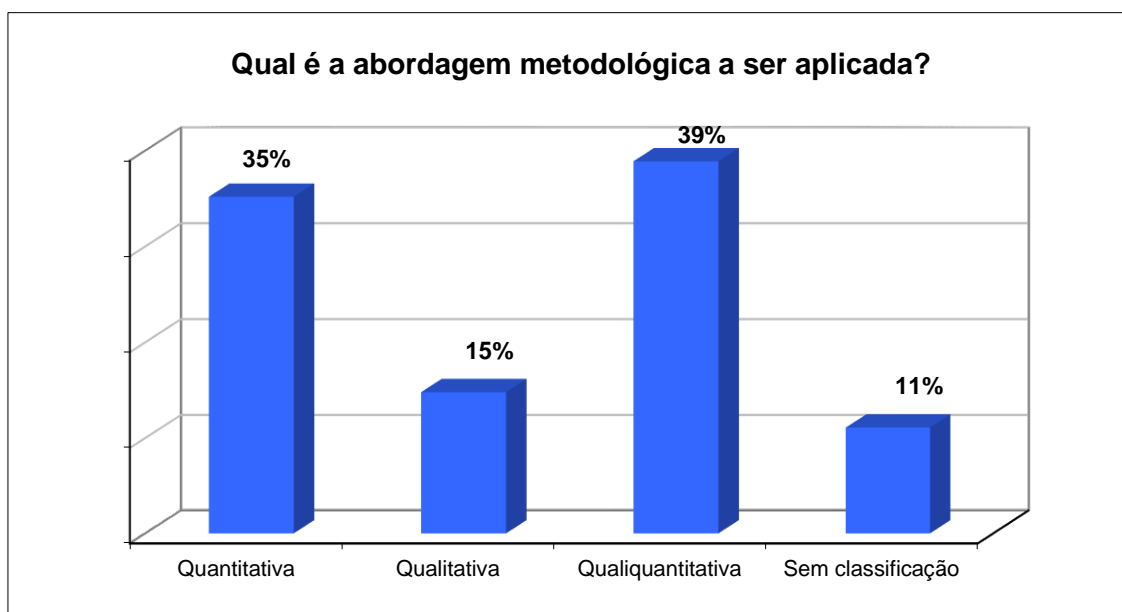


Gráfico 16: Abordagem metodológica da pesquisa
Fonte: o autor.

Já o Gráfico 17 ilustra a distribuição das frequências de cada abordagem metodológica segundo o tipo de pesquisador envolvido. Observa-se que as pesquisas com abordagem quantitativa ou quali quantitativa são predominantes entre todos os tipos de usuários.

Os usuários pesquisadores alunos de graduação, em sua maioria, realizam pesquisas com de abordagem mista, em outras palavras, 54% destes usuários aplicam a abordagem quali quantitativa na análise dos dados de seus estudos. Por outro lado, 31% dos alunos de graduação empregam métodos quantitativos, 8% usam métodos qualitativos e 8% informaram não usar nenhum destes métodos, ou não informaram.

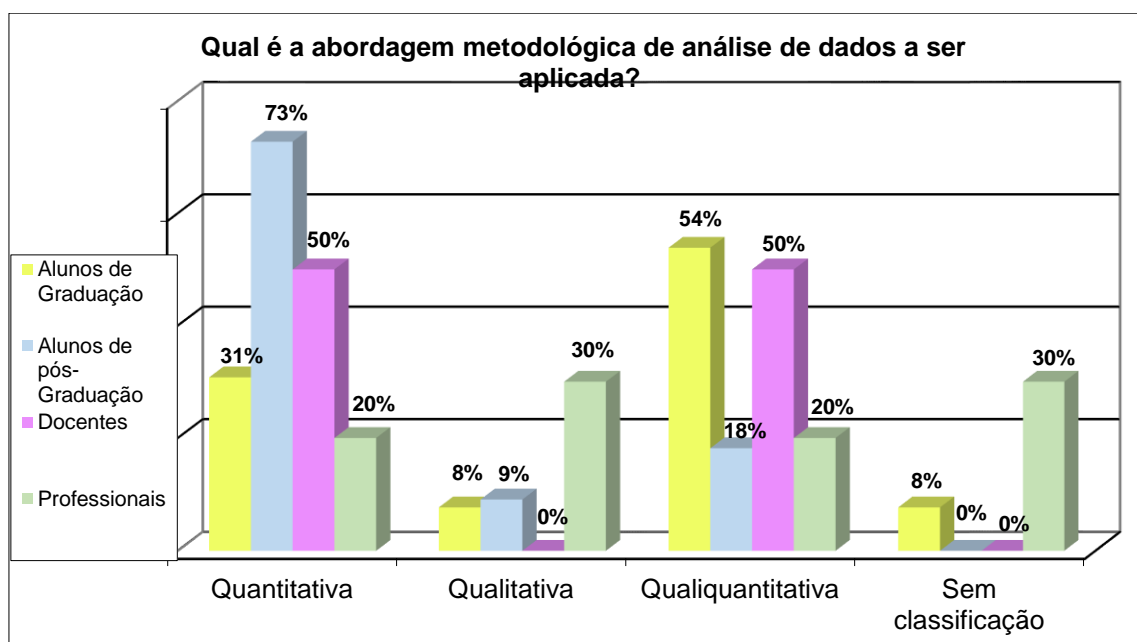


Gráfico 17: Abordagem metodológica da pesquisa por tipo de usuário
Fonte: o autor.

Entre os alunos de pós-graduação que realizam estudos em arquivos médicos, 73% aplicam abordagens quantitativas, 18% usam métodos qualiquantitativos e 9% empregam métodos qualitativos de análise de dados em suas pesquisas. O Gráfico 17 mostra que metade, ou 50% dos docentes estudados aplicam métodos quantitativos e a outra metade aplica métodos qualiquantitativos em seus estudos a partir de dados provenientes de prontuários de pacientes.

O Gráfico 17 mostra que entre os usuários profissionais da saúde, há uma distribuição quase uniforme entre as abordagens metodológicas aplicadas ao tratamento das informações coletadas de prontuários, pois 30% referiram aplicar métodos qualitativos, 20% usam métodos quantitativos, outros 20% usam métodos qualiquantitativos e 30% aplicam análises que não se enquadram em nenhuma destas abordagens ou não informaram.

Por fim, o Quadro 24 resume as características mais marcantes em cada tipo de usuário analisado, ou seja, resumidamente, em relação às pesquisas realizadas a partir de informações coletadas em prontuários custodiados por arquivos médicos, pode-se concluir que abordam, em sua

maioria, os temas epidemiologia, mortalidade, vigilância sanitária, avaliação de serviços de saúde e saúde da criança. Também pode-se concluir que a coleta de dados nestas fontes é realizada com formulários, que são utilizados como instrumentos para a extração dos dados de seu suporte, o prontuário. Além disso, é possível afirmar que as pesquisas realizadas em arquivos médicos são do tipo descritiva, com abordagem metodológica de análise de dados qualiquantitativa.

Classificação de usuários pesquisadores	Palavras-chave empregadas	Instrumento de coleta de dados	Tipo de pesquisa desenvolvida	Abordagem metodológica aplicada
Geral	<ul style="list-style-type: none"> • Epidemiologia; • Mortalidade; • Vigilância em saúde. 	Formulário	Descritiva	Qualiquantitativa
Alunos de graduação	<ul style="list-style-type: none"> • Epidemiologia; • Avaliação de serviços de saúde; • Mortalidade. 	Formulário	Descritiva	Qualiquantitativa
Alunos de pós-graduação	<ul style="list-style-type: none"> • Epidemiologia; • Mortalidade; • Saúde da criança; • Saúde mental. 	Formulário	Descritiva	Qualiquantitativa
Docentes	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidade; • Saúde materno-infantil; • Saúde do idoso. 	Formulário / questionário	Explicativa	Quantitativa
Profissionais da saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde da criança; • Direito/acesso à saúde; • Saúde do trabalhador 	Formulário	Descritiva	Qualitativa

Quadro 24: Metodologias aplicadas por cada tipo de usuário.

Fonte: o autor.

Os usuários pesquisadores identificados como alunos de graduação, de acordo com o Quadro 24, pesquisam sobre epidemiologia, avaliação de serviços de saúde e mortalidade. Estes utilizam formulários como

instrumentos para coleta de dados em suas pesquisas descritivas, dados que são tratados a partir de uma abordagem metodológica qualiquantitativa.

Por sua vez, os usuários que referiram ser alunos de pós-graduação, segundo o mesmo quadro, descrevem suas pesquisas usando os termos epidemiologia, mortalidade, saúde da criança e saúde mental. Tais usuários coletam os dados necessários para o desenvolvimento de suas pesquisas descritivas por meio de formulários e analisam estes dados usando métodos qualiquantitativos.

O Quadro 24 permite afirmar que os usuários pesquisadores docentes costumam usar as palavras-chave mortalidade, saúde materno-infantil e saúde do idoso para representar as pesquisas que desenvolvem a partir de informações coletadas de prontuários por meio de formulários. Estes usuários costumam, com maior frequência, realizar pesquisas explicativas, usando métodos de análise de dados baseados em uma abordagem quantitativa.

Por fim, em relação aos pesquisadores que se identificaram como profissionais da saúde, os dados analisados e o resumo apresentado pelo Quadro 24 permitem afirmar que eles pesquisam sobre epidemiologia, mortalidade e vigilância em saúde. Estes usuários usam formulários para a coleta de dados dos prontuários e aplica-los em suas pesquisas descritivas, com abordagem metodológica de análise qualitativa.

6.2.3 A relevância das pesquisas e a comunicação dos resultados

Esta tese também procurou identificar quais estratégias de comunicação são adotadas pelos usuários pesquisadores de arquivos médicos, além da sondagem da opinião destes sujeitos em relação à importância ou relevância das pesquisas em prontuários de pacientes para a ciência e para a sociedade.

Questionados sobre a amplitude e as estratégias de comunicação dos resultados de suas pesquisas, conforme se visualiza no Quadro 25, os sujeitos mencionaram a discussão de casos com a equipe multiprofissional em saúde, a apresentação dos resultados em sala de aula para professores e colegas, a submissão em eventos internacionais, nacionais e regionais e a publicação em periódicos de diversas categorias.

Como será feita a divulgação dos resultados da sua pesquisa?		
<i>Estratégias de comunicação</i>	<i>Dados</i>	<i>Porcentagem</i>
Equipe multiprofissional	18	18%
Em sala de aula	20	20%
Evento internacional	11	11%
Evento nacional	11	11%
Evento regional	6	6%
Periódico internacional	14	14%
Periódico nacional	13	13%
Periódico regional	2	2%
Outro	3	3%
Total	98	100%

Quadro 25: Divulgação dos resultados da pesquisa
Fonte: o autor.

Nesta questão, permitiu-se aos pesquisadores que informassem mais de uma forma de divulgação, assim obtiveram-se 98 respostas dos 54 sujeitos estudados. O Gráfico 18 ilustra as frequências de cada resposta apresentada pelos sujeitos. Observa-se que as estratégias mais comumente utilizadas para apresentação dos resultados obtidos com os estudos em prontuários são as apresentações em sala de aula e as discussões com equipes multiprofissionais, que representam 20% e 18% das respostas obtidas.

Este dado revela que as pesquisas realizadas em prontuários de psíquicos não ganham ampla divulgação, uma vez que, adotadas as estratégias relatadas por 38% dos casos, os conhecimentos gerados a partir das investigações realizadas nestas fontes não ultrapassam os muros da instituição onde foram produzidos, apesar da inegável relevância para a formação e atuação profissional nestas instituições.

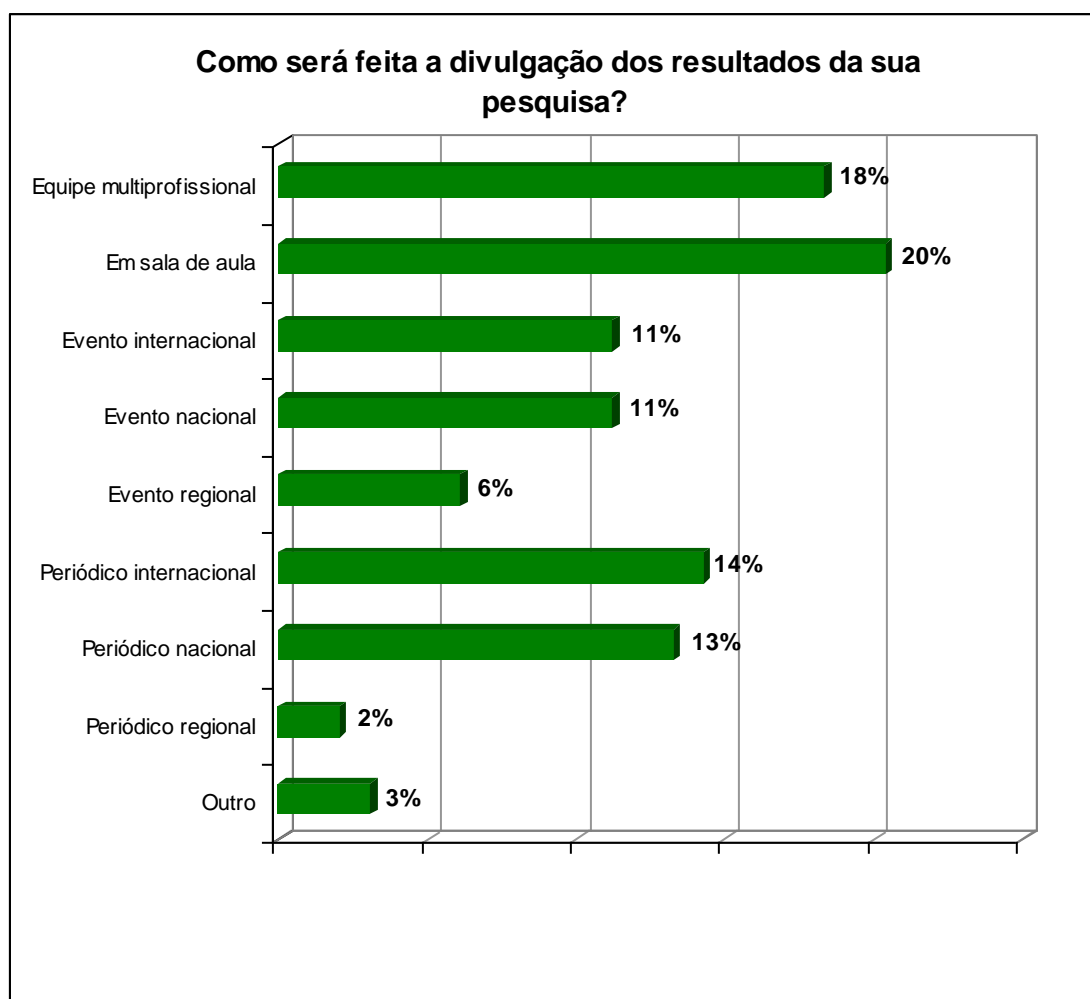


Gráfico 18: Divulgação dos resultados da pesquisa
Fonte: o autor.

Em seguida, verifica-se no Gráfico 18, que boa parcela dos pesquisadores visam a publicação de seus estudos em periódicos de nível internacional e nacional, opções referenciadas por 14% e 13% dos casos, respectivamente. A apresentação em eventos internacionais e nacionais correspondem, cada um, a 11% das estratégias de comunicação de resultados informadas pelos pesquisadores estudados.

Ainda, de acordo com o mesmo gráfico, podem ser observadas as apresentações em eventos regionais e publicações em periódicos de circulação regional como as ações que figuram entre as estratégias menos adotadas pelos pesquisadores para a divulgação dos conhecimentos produzidos por eles, correspondendo a 6% e 2% das respostas apresentadas. Por fim, observa-se a

ocorrência, em 3% das respostas, de outras estratégias não especificadas pelos sujeitos inquiridos.

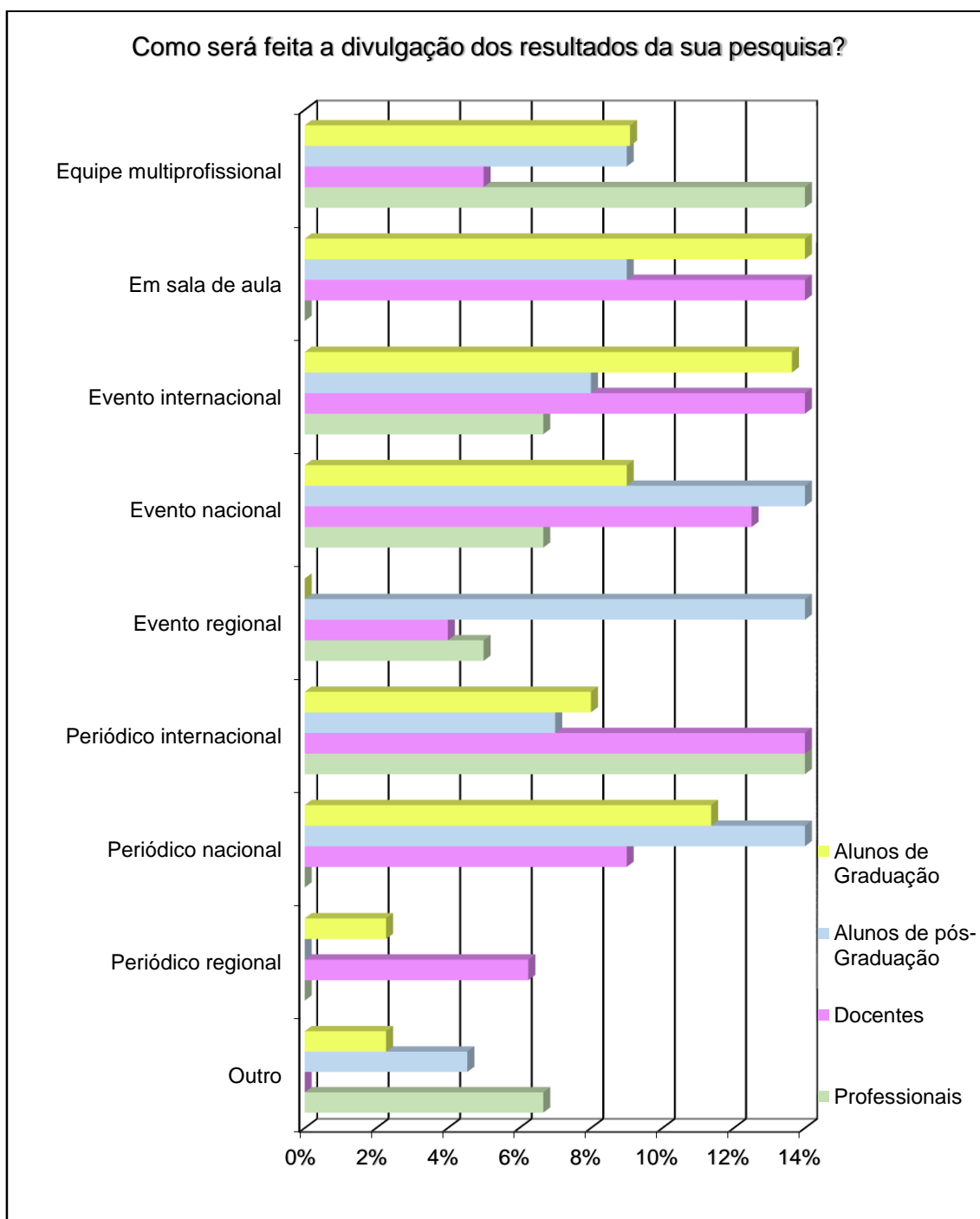


Gráfico 19: Divulgação dos resultados da pesquisa por tipo de usuário
 Fonte: o autor.

Separados os dados de acordo com cada tipo de usuário identificado, o Gráfico 19 revela que entre os alunos de graduação, a divulgação dos resultados obtidos por suas pesquisas, em 44% dos casos a comunicação

restringe-se à sala de aula onde desenvolvem as atividades acadêmicas de seus cursos de graduação. Por outro lado, outros usuários desta classe almejam a apresentação de suas pesquisas em eventos científicos de nível internacional e nacional, em proporções de 14% e 9%, respectivamente, enquanto que 11%, 8% e 2% pretendem publicar artigos em periódicos de abrangência nacional, internacional e regional, respectivamente. Ainda observa-se que 9% dos usuários desta classe informaram realizar a comunicação de sua pesquisa com a equipe multiprofissional em que atua.

Entre os usuários alunos de pós-graduação 31% e 7% pretendem publicar os resultados das pesquisas que desenvolvem a partir de informações provenientes de arquivos médicos, em periódicos de abrangência nacional e internacional, respectivamente. Outra parcela almeja a apresentação de artigos em eventos de nível internacional (8%), nacional (15%) e regional (16%). Por outro lado, 9% destes usuários restringem a comunicação de resultados à sala de aula, e outros 9% à equipe multiprofissional com as quais atuam.

O mesmo gráfico ainda mostra que também os pesquisadores docentes restringem boa parte dos resultados à sala de aula, o que representa 25% das estratégias de comunicação adotadas por estes usuários. Por outro lado, almejam apresentação de suas pesquisas em eventos internacionais (21%), nacionais (13%) e regionais (4%), bem como a publicação em periódicos destas mesmas categorias (17%, 9% e 6%, respectivamente). Ainda identifica-se que 5% das pesquisas desenvolvidas por estes usuários são apresentadas ou discutidas restritamente entre a equipe multiprofissional onde atuam.

Por fim, o Gráfico 19 revela que 50% dos usuários identificados como profissionais da saúde restringem a divulgação dos resultados de seus estudos em prontuários com a sua equipe de trabalho, enquanto que uma parcela bastante diminuta pretende leva-los a eventos de nível internacional, nacional e regional (7%, 7% e 5%, respectivamente). Por outro lado, uma boa parcela (25%) destes usuários indicam a intensão de publicar os resultados de

suas pesquisas baseadas em informações coletadas de prontuários em periódicos de abrangência internacional.

Além de questões objetivas, os sujeitos foram perguntados sobre suas opiniões pessoais a respeito da importância dos prontuários como fontes de informação para a produção de conhecimentos e a relevância das pesquisas que usam estas fontes de informação. O Quadro 26 cita as respostas e as frequências em que foram mencionadas pelos sujeitos. Observa-se a menção da importância para a formação e iniciação em pesquisa, a formação e aperfeiçoamento profissionais, o desenvolvimento das ciências da saúde, o melhor atendimento aos usuários dos serviços de saúde, ou pacientes, além da função social da produção de informação e conhecimento em saúde e sua comunicação.

Em sua opinião, qual é a relevância de pesquisas que utilizam prontuários como fonte?		
<i>Relevância de pesquisas</i>	Dados	Porcentagem
Formação/iniciação em pesquisa	30	34%
Formação profissional	19	22%
Desenvolvimento da ciência	15	17%
Contato com a prática	4	5%
Melhor atendimento ao usuário	10	11%
Função social - comunicação em saúde	6	7%
Outro	4	5%
Total	88	100%

Quadro 26: Importância do uso de prontuários
Fonte: o autor.

Para esta questão, o instrumento aplicado ao sujeito de permitia a escolha de mais de uma opção de resposta, desta foram, o resultado compõe-se de 88 respostas dos 54 pesquisados, distribuídas de acordo com o demonstra o Quadro 26.

Ao analisar as frequências de cada resposta apresentada, verifica-se, segundo o que mostra o Gráfico 20, a formação e iniciação em pesquisa como opção mais comumente selecionada pelos pesquisados, representando

34% das respostas obtidas. Em seguida, vê-se a opção formação profissional, figurando entre 22% das informações prestadas pelos usuários pesquisadores.

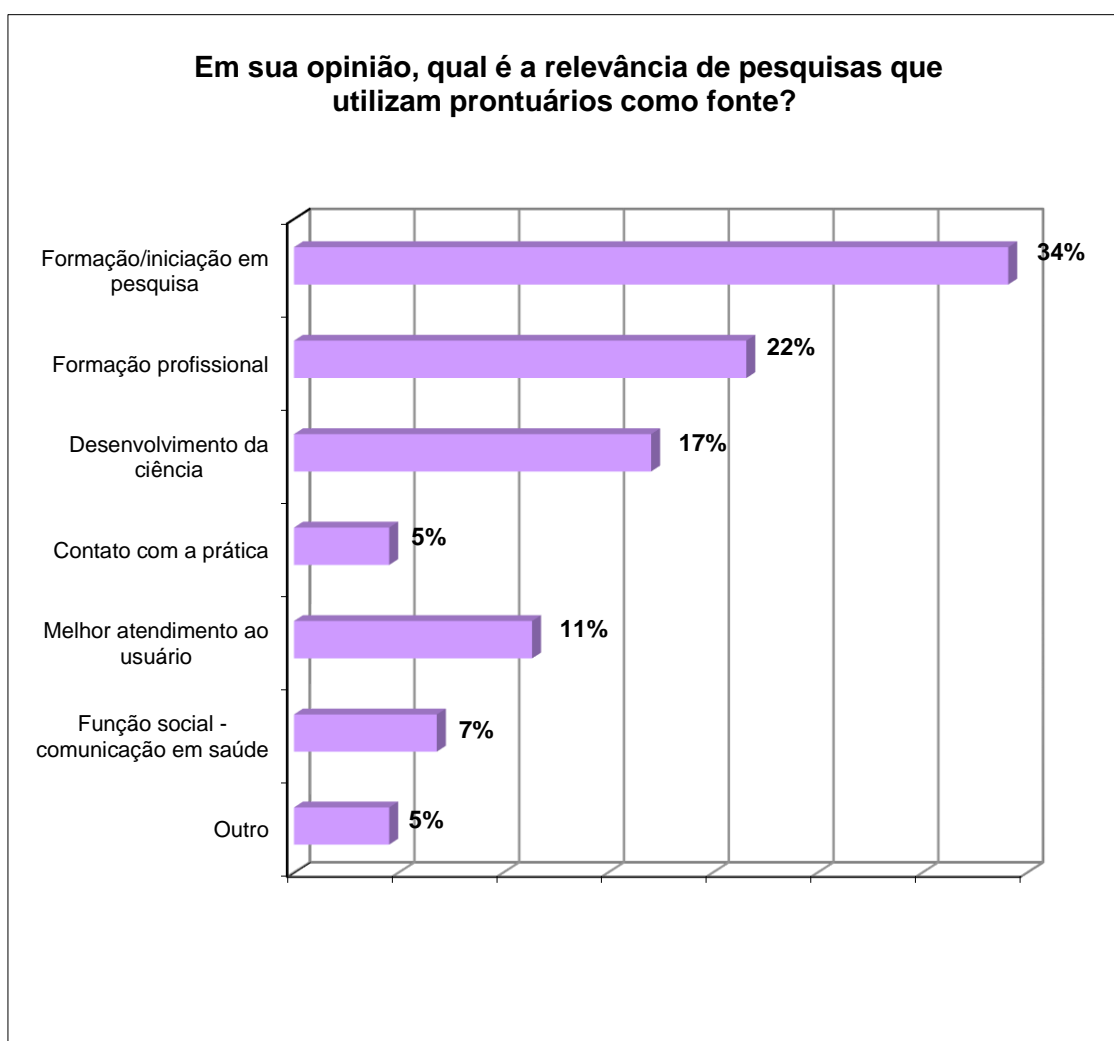


Gráfico 20: Importância do uso de prontuários
Fonte: o autor.

O Gráfico 20 aponta que 17% das opções indicadoras da relevância das pesquisas desenvolvidas em prontuários correspondem ao desenvolvimento das ciências da saúde, 11% referem-se ao melhor atendimento dos pacientes ou usuários das instituições de saúde, 7% à importância do desenvolvimento de pesquisas para melhor informação e comunicação em saúde prestadas à sociedade e, ainda, 5% das respostas apontam para o contato com as ações práticas em saúde relatadas nos prontuários de pacientes. Houve, também, 5% das respostas que indicam para outros aspectos da importância do

uso dos arquivos médicos como fontes de informação para pesquisas na área das ciências da saúde.

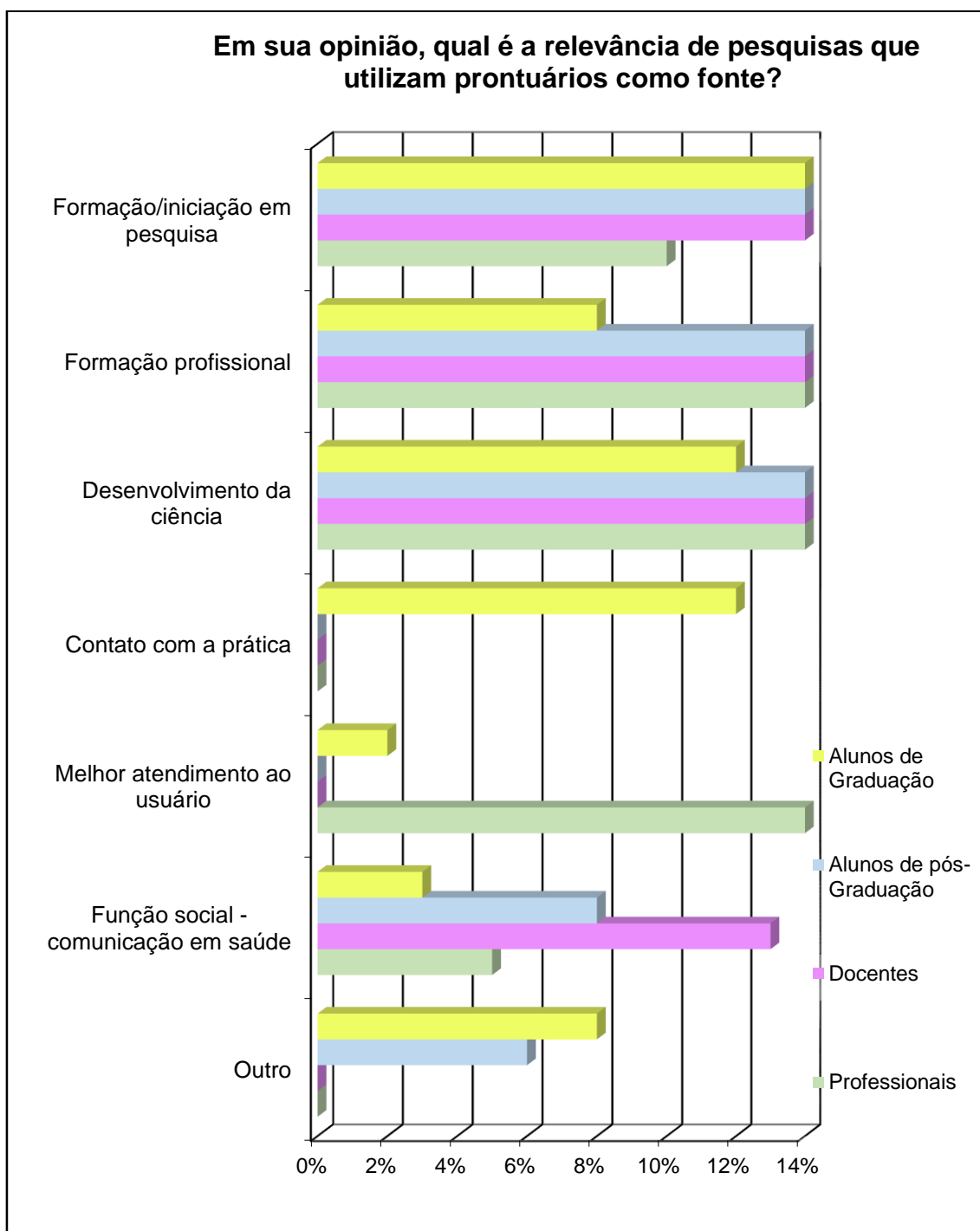


Gráfico 21: Importância do uso de prontuários segundo os tipos de usuários
Fonte: o autor.

De acordo com o Gráfico 21, os usuários apresentam opiniões distintas em relação à relevância do uso de prontuários como fontes de

informação. Enquanto as maiores parcelas dos alunos de graduação (55%), dos alunos de pós-graduação (44%) e dos docentes (32%) destacam a relevância destas fontes para a formação e iniciação dos pesquisadores com o universo da investigação científica, a maior parte dos profissionais da saúde, ou seja, 40%, apontam para a importância dos prontuários para o melhor atendimento dos usuários dos serviços de saúde.

O mesmo gráfico aponta que os alunos de graduação também chamam a atenção da importância deste universo de informações para o desenvolvimento da ciência (12% dos alunos de graduação), o contato com as práticas profissionais nas ciências da saúde (outros 12 %) e para a formação profissional (8% das respostas destes usuários).

A relevância para a formação profissional e para o desenvolvimento da ciência também figuram dentre os indicadores da importância dos arquivos médicos como fontes de informação. Observa-se no Gráfico 21 a indicação destas duas respostas, entre os alunos de pós-graduação, por 27% e 15%, respectivamente; entre os docentes, por 25% e 30%, respectivamente; e entre os profissionais da saúde, por 30% e 15% respectivamente.

O Gráfico 21 ainda mostra outros pontos que, segundo os sujeitos estudados, apontam para a relevância de pesquisas realizadas em prontuários de pacientes: 8% dos alunos de graduação apontam para a importância do estudo destas fontes para a formação profissional, além disso, 3% dos alunos de graduação, 8% dos alunos de pós-graduação, 13% dos docentes e 5% dos profissionais da saúde assinalam a função social dos arquivos médicos e das pesquisas realizadas neles, bem como a comunicação ou divulgação de conhecimentos construídos a partir destes processos.

Como ressaltado pelos usuários pesquisadores dos arquivos médicos, a relevância dos prontuários como fontes de informação para pesquisas, vai além da formação profissional e iniciação científica, revelando-se fundamental para o avanço das ciências da saúde.

O mais relevante estes últimos dados levam a concluir é que as pesquisas que manipulam dados de prontuários, em sua maior parte, não ganham ampla divulgação no meio científico, e que, apenas uma pequena parcela destas pesquisas chega a ser apresentada ou publicada em eventos e periódicos.

A par desta informação, comprova-se que as informações contidas em arquivos médicos possuem um grande potencial para a produção de conhecimentos. Parte deste potencial é explorado, porém conhecimento não compartilhado não chega a realmente transformar-se na construção de saberes coletivos.

A partir destas conclusões, o próximo capítulo propõe-se a analisar a produção científica da área da saúde publicada em periódicos brasileiros, a fim de verificar quem são os autores destas pesquisas e que fontes tem explorado em seus estudos e como têm tratado estas fontes.

RESUMO DO CAPÍTULO

Este capítulo analisou a situação dos arquivos médicos de hospitais universitários federais brasileiros, suas rotinas para acesso a prontuários em pesquisas e suas políticas para autorização de realização destas pesquisas. Além disso, foram estudados os usuários pesquisadores destes arquivos, seus métodos para a realização de pesquisas, seus hábitos para o uso de prontuários e suas percepções a respeito da importância da pesquisa em prontuários.

CAPÍTULO 7

**A PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE NO BRASIL:
UM OLHAR SOBRE AS FONTES DE INFORMAÇÃO**

ESQUEMA DO CAPÍTULO

OBJETIVO DO CAPÍTULO

7 A PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE NO BRASIL: UM OLHAR SOBRE AS FONTES DE INFORMAÇÃO

7.1 Perfil dos artigos publicados

- 7.1.1 Titulação dos autores
- 7.1.2 Idiomas de publicação
- 7.1.3 Palavras-chave empregadas
- 7.1.4 Locais de realização das pesquisas
- 7.1.5 Visão geral dos perfis das publicações

7.2 Aspectos metodológicos dos artigos publicados

- 7.2.1 Classificação das pesquisas
- 7.2.2 Abordagens metodológicas utilizadas
- 7.2.3 Instrumentos de coleta de dados aplicados
- 7.2.4 Resumo dos aspectos metodológicos de publicações no Brasil

7.3 Fontes de informação utilizadas pelas pesquisas publicadas

- 7.3.1 Em periódicos de abrangência internacional
- 7.3.2 Em periódicos de abrangência nacional
- 7.3.3 Em periódicos de abrangência regional
- 7.3.4 Análise do uso de fontes de informação usadas em pesquisas publicadas

RESUMO DO CAPÍTULO

OBJETIVO DO CAPÍTULO

Identificar e analisar indicadores da produção científica brasileira na área da saúde, perfil dos pesquisadores, abordagens metodológicas aplicadas, fontes de dados utilizadas, bem como as principais temáticas abordadas.

7 A PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE NO BRASIL: UM OLHAR SOBRE AS FONTES DE INFORMAÇÃO

Este capítulo destina-se à apresentação e à análise dos dados coletados de artigos publicados nos anos de 2012 e 2013, em periódicos brasileiros de abrangência internacional, nacional e regional, de acordo com os critérios e procedimentos já descritos no item 5.2.3, no capítulo 5 referente à metodologia do desenvolvimento desta tese.

A estrutura adotada para a sistematização e melhor compreensão deste capítulo está dividida em 13 tópicos, agrupados em três subcapítulos. Inicialmente serão analisados dados que compõem o perfil dos artigos publicados, tais como a titulação do autor principal, o idioma em que o artigo está publicado, as palavras-chave que são empregadas para descrever a pesquisa e os locais onde as pesquisas que deram origem aos artigos foram aplicadas; posteriormente serão analisados os aspectos metodológicos das referidas pesquisas: sua classificação, abordagem e instrumentos de coleta de dados utilizados.

Por fim, será apresentada a análise das fontes de informações usadas pelos pesquisadores nas publicações investigadas: primeiramente exibem-se os dados individuais de cada categoria de periódicos (internacionais, nacionais e regionais); posteriormente analisa-se o uso das fontes como um todo: os dados gerais e totais das publicações estudadas, suas fontes principais de informações, suas fontes correlatas, em pesquisas que usaram ou não informações contidas em arquivos médicos (SAME) e Sistemas de Informação em Saúde (SIS).

7.1 Perfil dos artigos publicados

A definição de perfis de artigos publicados em periódicos da área da saúde no Brasil partiu da identificação de alguns dados de maior relevância sobre estes textos. Analisou-se a titulação dos autores, o idioma de publicação dos artigos, as palavras-chave empregadas para descrever as pesquisas e os locais de realização destas, o que permitiu, ao final, traçar perfis para as diferentes categorias de publicações periódicas representantes da produção científicas da área da saúde no Brasil.

7.1.1 Titulação dos autores

Foram considerados, para esta análise, os dados do primeiro autor de cada artigo, e a titulação informada por ele na publicação, ou em seu currículo publicado na Plataforma Lattes do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico / Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação), conforme definido na metodologia. Desta forma, obtiveram-se dados de um autor para cada artigo examinado.

Como se observa no Quadro 27, uma maioria expressiva dos autores dos artigos publicados são docentes ou profissionais da saúde, ou seja, dos 467 autores considerados, 176 eram professores de universidades, enquanto 162 eram profissionais da saúde, seguidos dos 60 alunos de pós-graduação e dos 45 alunos de graduação.

Titulação do autor	Usam SAME/SIS		Total
	Sim	Não	
Aluno de graduação	30	15	45
Aluno de pós-graduação	16	44	60
Profissional	94	68	162
Docente	94	82	176
Não Identificado	13	11	24
Total	247	220	467

Quadro 27: Titulação dos autores

Fonte: o autor.

Considerando os valores relativos do quadro anterior, pode-se verificar, conforme o Gráfico 22, algumas particularidades nas ocorrências da titulação de autores que utilizam os arquivos médicos (SAME) e Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e os que somente utilizam outras fontes. Entre as pesquisas que não são baseadas em dados de SAME/SIS, a maior parte foi desenvolvida por docentes e profissionais da saúde, com 37% e 31% da autoria dos artigos publicados, respectivamente, seguidos por 20% de alunos de pós-graduação e 7% de alunos de graduação.

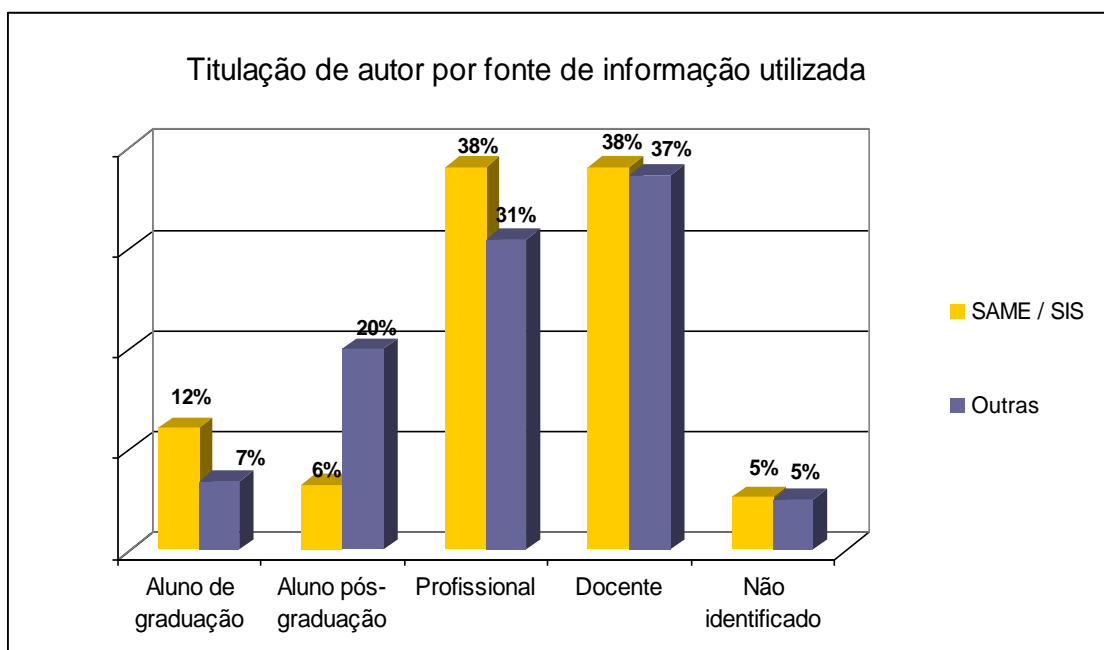


Gráfico 22: Titulação dos autores de artigos publicados

Fonte: o autor.

Já dentre os artigos que usam SAME/SIS como fontes, conforme observa-se no Gráfico 22, a maioria foi escrita por docentes, que são autores de 38% das publicações, e por profissionais da saúde, também encontrados como autores de 38% das pesquisas. Os demais autores foram identificados como alunos de graduação e alunos de pós-graduação, representando 12% e 6% dos autores, respectivamente.

A primeira consideração que pode ser extraída deste gráfico é que a grande maioria dos artigos publicados em periódicos brasileiros da área da saúde é produto de pesquisas desenvolvidas (ou pelo menos coordenadas) por docentes e profissionais desta área, que juntos somam 72% da autoria da produção científica em questão. Porém, é preciso ter em mente que, nos casos de artigos com coautorias, este estudo analisou somente a titulação do primeiro autor.

Outra importante consideração a ser destacada é que, à exceção dos artigos produzidos por alunos de pós-graduação, a maioria dos autores com as demais titulações utiliza os SAME/SIS como fontes de dados em suas pesquisas. Além disso, valores de maior e menor ocorrência de titulação de autores coincidem em artigos que usam ou não SAME/SIS, sendo possível concluir, portanto, que não há uma predileção pelo uso destas fontes ou por outras, segundo os autores de acordo com sua titulação, ou ainda, que a titulação do autor não é condição determinante das fontes de dados que usam em suas pesquisas, excluídos os alunos de pós-graduação, que, ao que este estudo indica, tendem a utilizar menos SAME/SIS como fontes de dados em suas investigações.

Em outra perspectiva, realizou-se uma análise dos dados de titulação somente dos autores que usam SAME/SIS, separando-os de acordo com as categorias dos periódicos onde estão publicados, ou seja, se estão publicados em periódicos de abrangência internacional, nacional ou regional. Os dados arrolados no Quadro 28 evidenciam uma clara prevalência de algumas titulações em determinadas categorias de periódicos: por um lado, de autores

docentes em periódicos internacionais, por outro lado, de profissionais em periódicos regionais; enquanto que, em periódicos nacionais, há uma predominância leve dos primeiros sobre os segundos.

Categoria de periódico Titulação do autor	Internacional	Nacional	Regional	Total (Usam SAME/ SIS)
Aluno de graduação	5	19	6	30
Aluno de pós-graduação	9	2	5	16
Profissional	21	47	26	94
Docente	40	41	13	94
Não Identificado	5	8	0	13
Total	80	117	50	247

Quadro 28: Titulação dos autores em categorias de periódicos

Fonte: o autor.

Pode-se observar, no Gráfico 23, que os docentes constituem a grande maioria entre os autores de artigos em periódicos internacionais, representando 50% destas publicações, enquanto isso, os autores mais recorrentes em periódicos nacionais e regionais são os profissionais da saúde, que respondem por 40% e 52% da autoria, respectivamente em cada categoria.

No Gráfico 23 retifica-se a já mencionada predominância dos autores docentes e profissionais da saúde em todas as categorias de periódicos, o que não chega a ser um fato surpreendente, uma vez que, dada a sua presumida maior experiência profissional e acadêmica, é de se esperar maior produção por parte deles, além do fato de que, normalmente, são estes os coordenadores ou orientadores da maioria das pesquisas que são desenvolvidas por equipes mistas, compostas por integrantes com diferenciados níveis de formação acadêmica, figurando, portanto, como primeiro autor, que foi o que este estudo considerou.

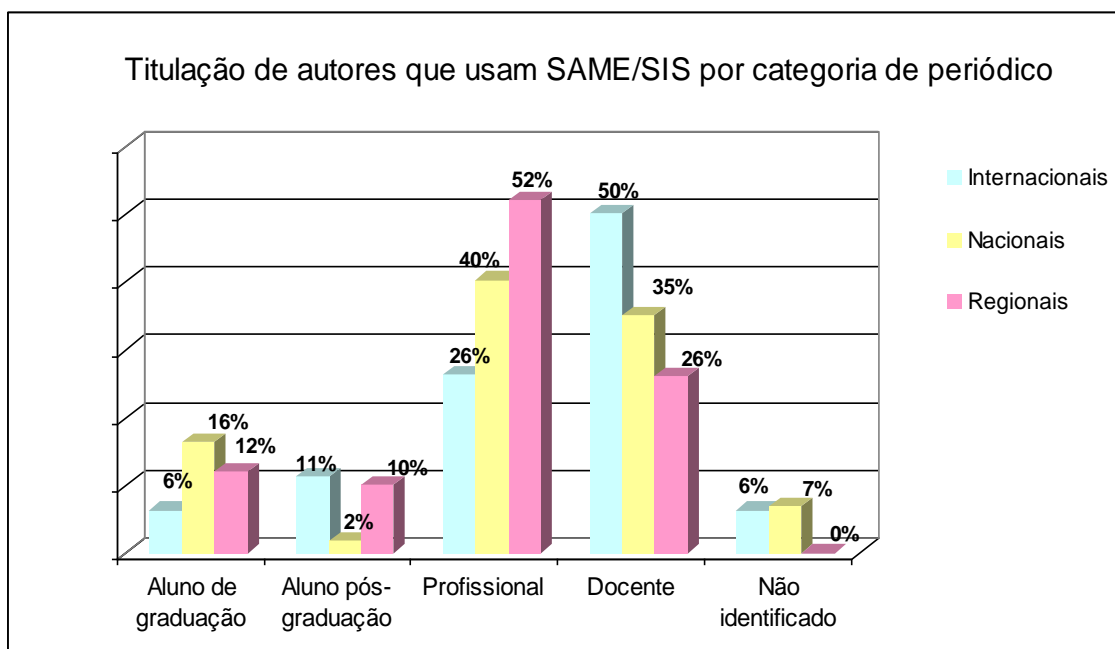


Gráfico 23: Titulação dos autores de artigos publicados por categoria de periódicos
Fonte: o autor.

Tomando-se cada uma das titulações separadamente, percebe-se que os alunos de graduação são, surpreendentemente, e apesar de parecer um número baixo, responsáveis por uma boa parcela das publicações, sendo de sua autoria 6% dos artigos publicados em periódicos internacionais, 16% dos artigos publicados em periódicos nacionais e 12% dos artigos publicados em periódicos regionais. Com uma representatividade menor, os alunos de pós-graduação figuram entre os autores de 11% das publicações em periódicos internacionais, 2% das nacionais e 10% das regionais.

Dentre as titulações mais frequentes, os profissionais da saúde constituem 26% da autoria dos artigos publicados em periódicos internacionais, 40% da autoria dos artigos publicados em periódicos nacionais e 52% da autoria dos artigos publicados em periódicos regionais, enquanto os docentes integram 50% da autoria das publicações internacionais, 35% das nacionais e 26% das regionais.

Em termos generalistas, é possível identificar, em relação aos autores usuários de SAME/SIS, uma preferência ou maior aceitação dos autores alunos de graduação em periódicos nacionais, dos autores alunos de pós-

graduação e docentes em periódicos de abrangência internacional, o que pode ser explicado pela maior dedicação destes autores à pesquisa, e, por fim, dos autores profissionais em periódicos de abrangência regional.

7.1.2 Idioma da publicação

Outro dado analisado foi o idioma de publicação dos artigos nos diversos periódicos. Foram identificados quatro casos distintos dentre o total de 467 textos investigados, assim dispostos: 308 em português, 31 em inglês, 125 em português e inglês e 3 em espanhol. Como pode-se apreciar no Quadro 29.

Idioma da Publicação	Usam SAME/SIS		Total
	Sim	Não	
Português	157	151	308
Inglês	15	16	31
Português e Inglês	74	51	125
Espanhol	1	2	3
Total	247	220	467

Quadro 29: Idioma de publicação

Fonte: o autor.

O número de textos publicados em cada idioma não apresenta uma variação expressiva entre as pesquisas que usaram ou não SAME/SIS como fontes de dados, ficando distribuídos entre os idiomas, como mostra o Gráfico 24, apresentando uma grande predominância dos escritos em português, contando 64% das pesquisas baseadas em SAME/SIS e 69% das não usuárias destas fontes. Esta prevalência certamente explica-se pelo fato de que as revistas examinadas eram todas brasileiras.

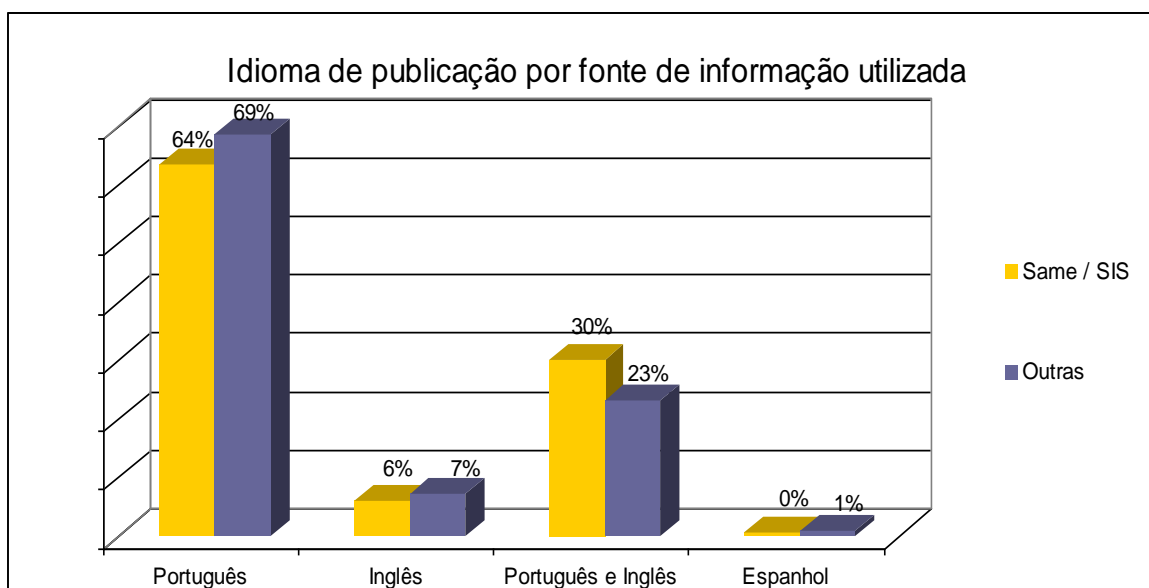


Gráfico 24: Idioma de artigos publicados
Fonte: o autor.

A segunda situação mais frequente são os artigos publicados em dois idiomas, ou seja, em português e em inglês, correspondendo a 30% dos artigos que usam SAME/SIS como fonte de dados e 23% dos que não os utilizam. Em seguida, pode-se reparar um índice significativamente menor de textos em inglês, equivalentes a 6% e 7% da produção baseada e não baseada em SAME/SIS, respectivamente. Por fim, observa-se a ocorrência de apenas 1% das publicações apreciadas em idioma espanhol, não baseadas em SAME/SIS.

Fracionando-se os textos analisados segundo a categoria de periódico em que se encontram publicados, percebem-se características bastante marcantes da ocorrência de determinado idioma em determinada modalidade de revistas científicas, onde claramente os artigos bilíngues em português e inglês em periódicos de nível internacional, artigos em português em periódicos nacionais e regionais, conforme denota o Quadro 30.

Categoria de periódico Idioma da Publicação	Internacional	Nacional	Regional	Total (Usam SAME/ SIS)
Português	25	82	50	157
Inglês	10	5	0	15
Português e Inglês	44	30	0	74
Espanhol	1	0	0	1
Total	80	117	50	247

Quadro 30: Idioma de artigos publicados em categorias de periódicos

Fonte: o autor.

O Gráfico 25 apresenta claramente o quanto cada idioma se sobressai em cada uma das categorias de publicações esquadrinhadas. Não se pode esquecer o fato de que o presente estudo considerou publicações periódicas editadas no Brasil, mesmo aquelas de nível internacional, o que explica o predomínio do idioma português sobre os demais.

Como mencionado, a língua portuguesa, sozinha, figura entre 31% dos textos publicados em periódicos brasileiros de nível internacional, 70% dos nacionais e 100% dos regionais, enquanto que, juntamente com a língua inglesa, em artigos que são publicados simultaneamente nos dois idiomas, representam 55% dos textos em revistas internacionais, 26% das nacionais, não havendo expressão entre as publicações regionais.

Enquanto isso, 13% dos artigos publicados em periódicos internacionais estão unicamente em língua inglesa, assim como 4% dos textos em revistas nacionais, sem representação na categoria regional. Outro idioma identificado foi o espanhol, retratado somente entre as publicações de nível internacional (1%), não havendo registro de sua ocorrência entre as publicações das demais categorias.

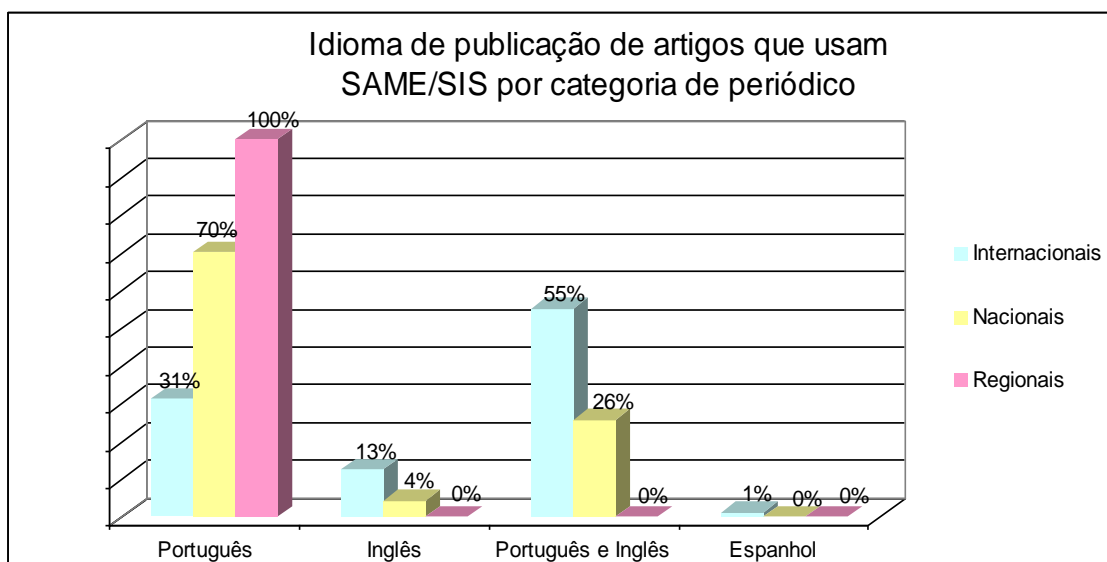


Gráfico 25: Idioma de artigos publicados em categorias de periódicos
 Fonte: o autor.

Uma análise alternativa, considerando os textos publicados em língua portuguesa, independentemente de haver publicação concomitante em outra língua, permite afirmar 86% das publicações científicas da área da saúde em revistas brasileiras de nível internacional encontra-se em português, assim como 96% e 100% das revistas de nível nacional e regional respectivamente.

Pelo fato das revistas analisadas serem brasileiras, compreende-se a limitação dos idiomas em que são publicados os artigos nelas contidas. Destaca-se que os casos de publicações bilíngues, são, normalmente edições eletrônicas. Por outro lado, os artigos publicados exclusivamente em espanhol (equivalente a 1% dos textos analisados) foram elaborados por pesquisadores oriundos de nações hispanófonas.

7.1.3 Palavras-chave empregadas

A avaliação das palavras-chave ou temas abordados pelos artigos publicados revelou a ocorrência de um número relativamente limitado de termos empregados para descrever os textos contidos nas revistas examinadas. Foram coletadas as três primeiras palavras-chave de cada um dos 467 artigos,

conforme descrito no capítulo 5 da metodologia desta tese. O resultado desta coleta revelou o uso de apenas 45 vocábulos para representar as 1.401 (mil quatrocentas e uma) palavras-chave analisadas.

Os termos mais frequentemente usados podem ser considerados termos genéricos, como: epidemiologia, encontrado 110 vezes; saúde coletiva/pública, com 71 ocorrências; avaliação de serviços de saúde, com 69 casos; saúde da família e vigilância em saúde, com 66 e 63 situações cada, respectivamente. Os demais vocábulos empregados podem ser verificados no Quadro 31, onde são descritas as circunstâncias de cada um em textos baseados ou não em SAME/SIS.

Palavras-Chave	Usam SAME/SIS		Total
	Sim	Não	
Epidemiologia	79	31	110
Saúde coletiva/pública	28	43	71
Avaliação de serviços	26	43	69
Saúde da Família	27	39	66
Vigilância em saúde	42	21	63
Trabalhador, saúde do	16	41	57
Idoso, saúde do	33	21	54
Saúde Mental	20	33	53
Acesso/Direito à saúde	22	28	50
Qualidade de vida	28	21	49
Fatores socioeconômicos	18	28	46
Comunicação/informação	24	21	45
Materno-infantil, saúde	39	6	45
Nutrição	27	15	42
Mortalidade	34	6	40
Educação em saúde	3	35	38
Violência	23	15	38
Hospitalização	20	16	36
Saúde Bucal	22	13	35
Enfermagem	11	24	35
Adolescente, saúde do	12	20	32

Palavras-Chave	Usam SAME/SIS		Total
	Sim	Não	
SUS	16	14	30
Criança, saúde da	21	5	26
Mulher, Saúde da	11	15	26
Medicamentos	16	8	24
Uso de drogas/álcool	6	16	22
Inseto vetor	8	12	20
Câncer	15	5	20
Fator de gênero	11	7	18
Fator ambiental	8	8	16
HIV/SIDA	12	3	15
Sedentarismo	11	2	13
Obesidade	6	6	12
Adulto, saúde do	8	3	11
Fator étnico	6	5	11
Sexualidade	5	6	11
Tabagismo	3	7	10
Bioética	5	4	9
Acidente de trânsito	6	1	7
Hanseníase	4	2	6
Humanização	1	4	5
Hepatites	2	2	4
Zoonose	4	0	4
Planos de saúde	0	4	4
Diagnóstico	2	1	3
Total	741	660	1401

Quadro 31: Palavras-chave empregadas em artigos

Fonte: o autor.

Há uma clara prevalência de alguns termos utilizados para descrever as pesquisas que usaram SAME/SIS e de outros para aquelas que não usaram estas fontes. Pode-se apreciar estas diferenças de predominância no Gráfico 26, onde observa-se que, em artigos que relatam o uso das fontes mencionadas, os vocábulos detectados com mais frequência são: epidemiologia, citado em 10,7% dos textos, vigilância em saúde, em 5,7%; saúde materno-

infantil, em 5,3%; mortalidade e saúde do idoso, com 4,6 e 4,5% respectivamente.

Outros termos também bastante encontrados, com uma frequência entre 3,9 e 3,0% foram: qualidade de vida, saúde coletiva (ou saúde pública), nutrição, saúde da família, avaliação de serviços de saúde, comunicação e informação em saúde, violência (incluindo violência no trânsito e violência doméstica), saúde bucal e acesso ou direito a serviços de saúde.

Com uma representatividade ainda significativa, porém menos comum, encontrou-se entre 2,9 e 2,0% dos artigos os termos saúde da criança, hospitalização, saúde mental, fatores socioeconômicos, medicamentos (incluindo prescrições, direito e acesso a fármacos), SUS (incluindo estudos onde o próprio sistema foi objeto), saúde do trabalhador e câncer. Verificou-se ainda o uso, em aproximadamente 1,9 a 1,5% dos artigos, das palavras-chave HIV e/ou SIDA (relacionados ao vírus HIV e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), saúde do adolescente, sedentarismo, fator de gênero, saúde da mulher, e enfermagem. As demais palavras-chave citadas no Quadro 31 ocorrem em menos de 1% dos textos publicados que referenciam a manipulação de dados de SAME/SIS.

Analisando as palavras-chave empregadas para descrever textos publicados nas revistas examinadas, cujas fontes de dados não incluíram SAME/SIS, observa-se algumas diferenças em relação àquelas que as aplicaram. A principal diferença reside nos termos mais frequentemente empregados como palavras-chave, conforme mostrado no Gráfico 26.

Palavras-chave utilizadas em artigos publicados por fontes de informação

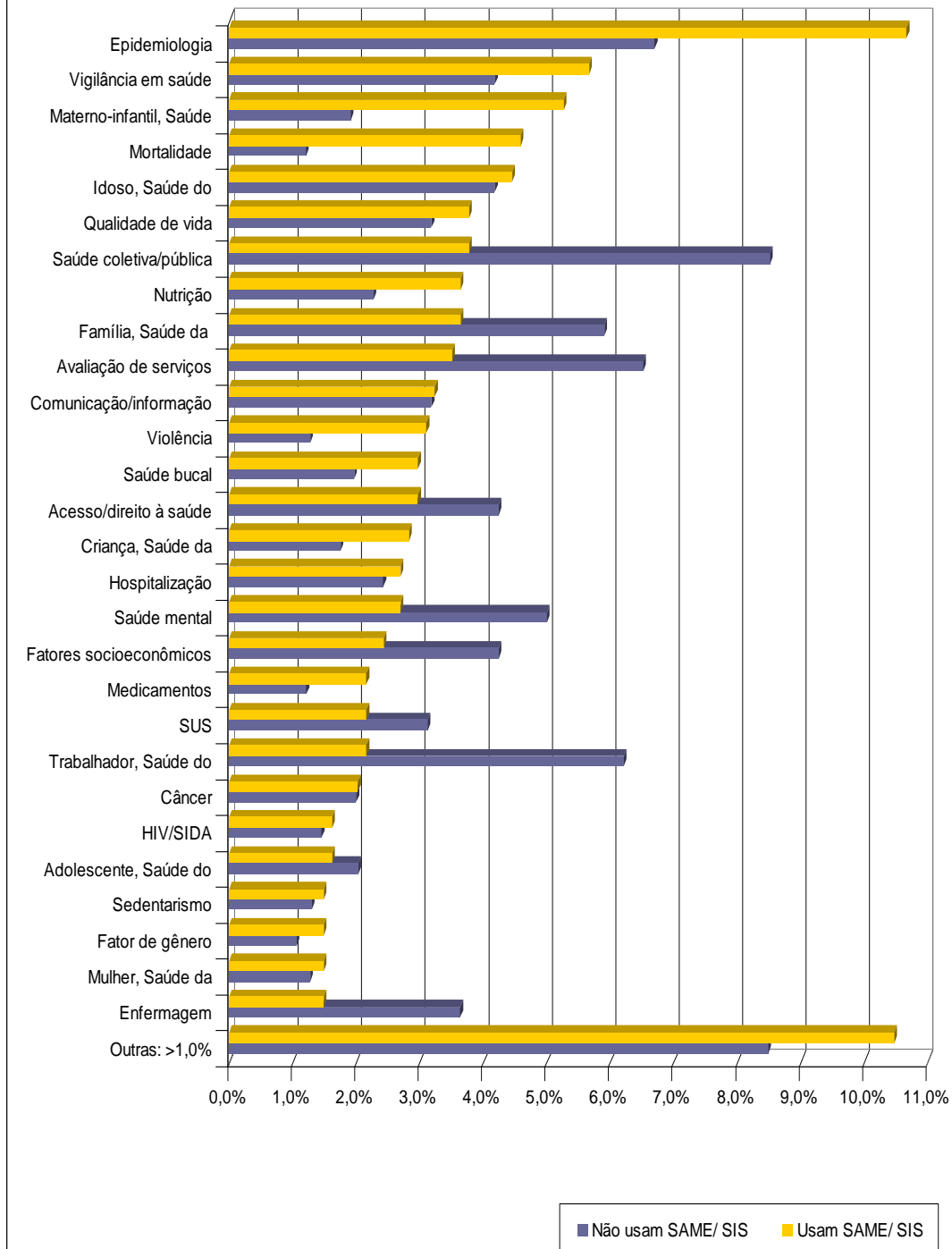


Gráfico 26: Palavras-chave empregadas em artigos
 Fonte: o autor.

A palavra-chave mais frequentemente encontrada em artigos relacionados a pesquisas que não manipularam dados de SAME/SIS é saúde pública / saúde coletiva, observada em 8,5% dos textos avaliados. Há também uma frequência bastante significativa dos termos epidemiologia, em 6,7% dos artigos, avaliação de serviços de saúde, em 6,5%; saúde do trabalhador, em 6,2%; saúde da família, em 5,9%; saúde mental, em 5,0%; fatores socioeconômicos, acesso/direito à saúde, saúde do idoso e vigilância em saúde, cada uma encontrada em 4,2% dos artigos.

Termos menos frequentes, encontrados entre 3,6% e 3,1% das publicações, são enfermagem, comunicação e informação em saúde, qualidade de vida e SUS. Em seguida encontra-se hospitalização, nutrição, saúde do adolescente, câncer e saúde bucal, situados na faixa entre 2,4% e 2,0% de ocorrência. Por fim, encontradas entre 1,9% e 1,1% das palavras-chave, tem-se os vocábulos: saúde materno-infantil, saúde da criança, HIV/SIDA, sedentarismo, saúde da mulher, violência, medicamentos, mortalidade e fator de gênero. As demais palavras citadas no Quadro 31 ocorrem em menos de 1% dos artigos publicados.

Tomados a parte apenas os dados referentes aos artigos que fazem menção ao uso de SAME/SIS como fontes de informação em suas pesquisas, e fazendo uma separação entre as categorias de periódicos estipuladas como internacionais, nacionais e regionais, observa-se a perspectiva apresentada no Quadro 32.

A primeira informação a ser destacada é a predominância de epidemiologia como principal palavra-chave em todas as categorias de periódicos, com 18 ocorrências nos periódicos internacionais (mesmo número de vezes que aparecem saúde do idoso e saúde bucal), 48 ocorrências em periódicos nacionais, onde sua prevalência é mais pronunciada e 13 vezes (juntamente com qualidade de vida) em periódicos regionais.

Idioma da Publicação \ Categoria de periódico	Internacional	Nacional	Regional	Total (Usam SAME/ SIS)
Epidemiologia	18	48	13	79
Saúde coletiva/pública	10	15	3	28
Avaliação de serviços	7	13	6	26
Saúde da Família	6	13	8	27
Vigilância em saúde	5	33	4	42
Trabalhador, saúde do	4	9	3	16
Idoso, saúde do	18	11	4	33
Saúde Mental	4	5	11	20
Acesso/Direito à saúde	7	8	7	22
Qualidade de vida	6	9	13	28
Fatores socioeconômicos	7	9	2	18
Comunicação/informação	9	9	6	24
Materno-infantil, saúde	10	24	5	39
Nutrição	16	9	2	27
Mortalidade	5	26	3	34
Educação em saúde	0	2	1	3
Violência	12	9	2	23
Hospitalização	3	8	9	20
Saúde Bucal	18	4	0	22
Enfermagem	2	1	8	11
Adolescente, saúde do	6	4	2	12
SUS	8	7	1	16
Criança, saúde da	12	6	3	21
Mulher, Saúde da	0	7	4	11
Medicamentos	9	5	2	16
Uso de drogas/álcool	0	0	6	6
Inseto vetor	0	8	0	8
Câncer	2	9	4	15
Fator de gênero	9	0	2	11
Fator ambiental	1	7	0	8
HIV/SIDA	5	6	1	12
Sedentarismo	1	5	5	11
Obesidade	0	3	3	6
Adulto, saúde do	6	0	2	8

Categoria de periódico Idioma da Publicação	Internacional	Nacional	Regional	Total (Usam SAME/ SIS)
Fator étnico	3	3	0	6
Sexualidade	3	1	1	5
Tabagismo	1	2	0	3
Bioética	5	0	0	5
Acidente de trânsito	0	5	1	6
Hanseníase	2	1	1	4
Humanização	0	1	0	1
Hepatites	0	2	0	2
Zoonose	0	4	0	4
Planos de saúde	0	0	0	0
Diagnóstico	0	0	2	2
Total	240	351	150	741

Quadro 32: Palavras-chave empregadas em artigos por categoria de periódicos

Fonte: o autor.

Examinando inicialmente as publicações de nível internacional (vide Gráfico 27), observa-se a ocorrência mais frequente de três palavras-chave para representar as pesquisas que usam SAME/SIS. Epidemiologia, saúde do idoso e saúde bucal foram encontradas, cada uma separadamente, em 7,5% dos textos examinados. Pode-se, por outra perspectiva, afirmar que estas três palavras-chave juntas equivalem à descrição de 22,5% das pesquisas publicadas em periódicos internacionais.

Em seguida, tem-se, em 6,7% dos artigos, o tema nutrição em destaque, seguido por violência e saúde da criança, citados em 5,0% dos artigos, cada. Em 4,2% dos artigos encontra-se a expressão saúde materno-infantil, assim como saúde coletiva/saúde, com a mesma porcentagem. Verificou-se também, com uma representatividade de 3,8% cada, comunicação e informação em saúde, medicamentos e fator de gênero; por fim, verificou-se o termo SUS, por sua vez, em 3,3%.

Com uma representatividade menor, equivalente a faixa de 2,9 a 2,1% das palavras-chave encontradas em artigos baseados em SAME/SIS,

publicados em periódicos internacionais, tem-se as seguintes expressões: fatores socioeconômicos (2,9%), acesso/direito à saúde (2,9%), avaliação de serviços de saúde (2,9%), saúde do adulto (2,5%), saúde do adolescente (2,5%), qualidade de vida (2,5%), saúde da família (2,5%), bioética (2,1%), HIV/SIDA (2,1%), mortalidade (2,1%) e vigilância em saúde (2,1%).

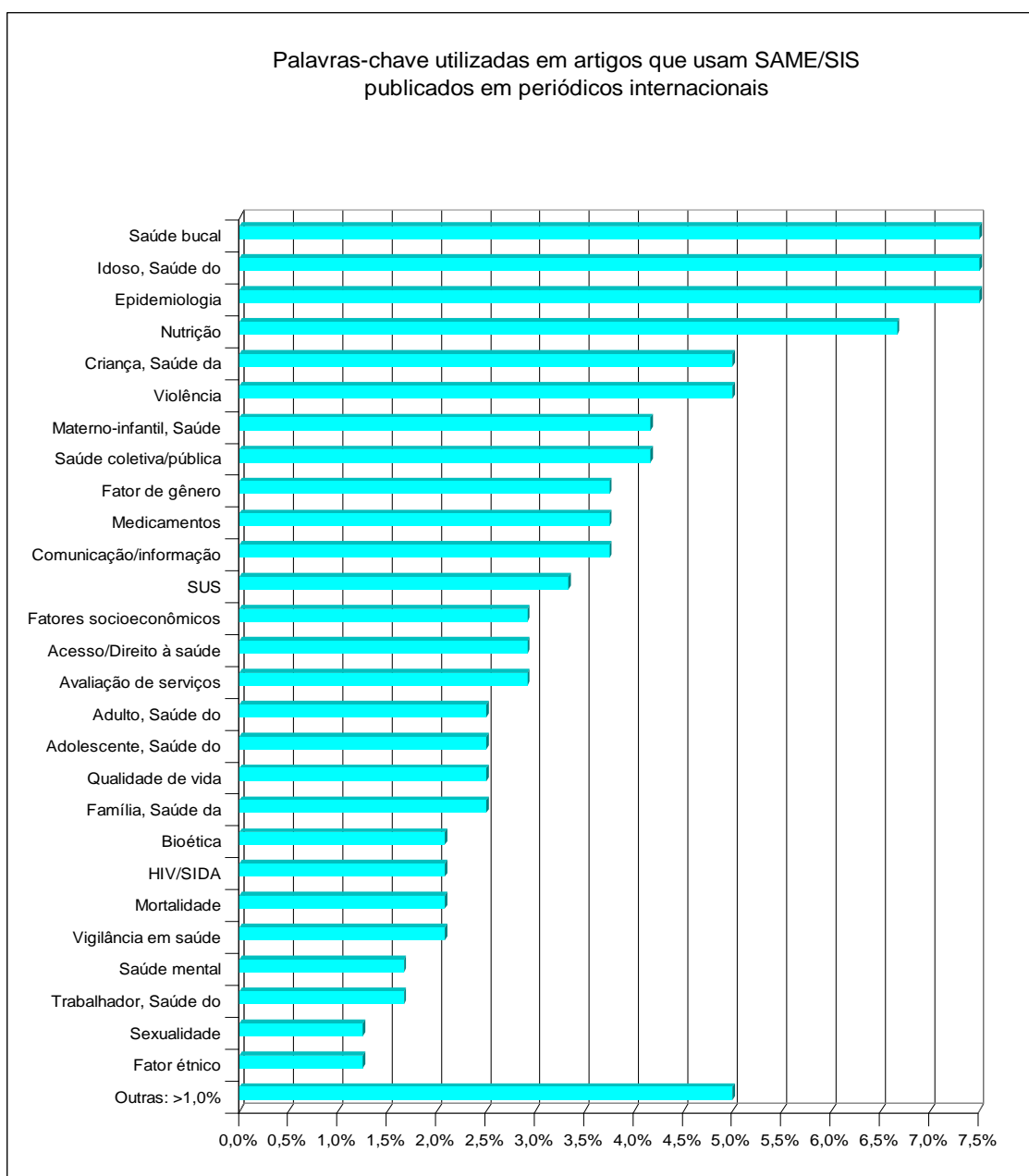


Gráfico 27: Palavras-chave empregadas em artigos de periódicos internacionais
Fonte: o autor.

O Gráfico 27 ainda registra a ocorrência de outras palavras chave, com um baixo, porém ainda expressivo índice de ocorrência (entre 1,7 e 1,3%)

nos artigos avaliados: saúde mental, saúde do trabalhador, sexualidade e fator étnico. Os demais vocábulos, com representatividade menor que 1,0%, somam 5,0% das palavras-chave nesta categoria de periódicos.

Em seguida são apresentados os dados referentes às publicações da categoria nacional, conforme exhibe o Gráfico 28. À primeira vista, o que mais chama a atenção é a grande prevalência do uso do termo epidemiologia, usado por 13,7% dos artigos que empregam dados de SAME/SIS nesta categoria de periódicos. Este número se destaca mais de 4% acima da segunda palavra-chave, o que denota sua relevância.

Outros temas abordados por grande parte dos artigos são: vigilância em saúde, empregado em 9,4% dos artigos; mortalidade, em 7,4%; saúde materno-infantil, em 6,8%; saúde coletiva/saúde pública, em 4,3%; saúde da família, em 3,7; avaliação de serviços de saúde, idem; e saúde do idoso, em 3,1% dos textos examinados na categoria de periódicos nacionais.

Posteriormente é possível visualizar que os termos câncer, violência, nutrição, comunicação e informação em saúde, fatores socioeconômicos, qualidade de vida e saúde do trabalhador figuram em 2,6% cada, das ocorrências de palavras-chave utilizadas pelos artigos já mencionados; assim como inseto vetor, hospitalização e acesso/direito à saúde com 2,3% cada; e fator ambiental, saúde da mulher e SUS, com 2,0%.

As expressões menos frequentes, porém ainda dotadas de representação expressiva, entre 1,7 e 1,4% das palavras-chave são: HIV/SIDA (1,7%), saúde da criança (1,7%), acidente de trânsito (1,4%), sedentarismo (1,4%), medicamentos (1,4%), e saúde mental (1,4%). Ainda há ocorrência de diversos outros termos com uma frequência menor que 1,0%, que juntas correspondem a 8,0% do total de palavras-chave em artigos publicados em periódicos de nível nacional. Este último dado revela a grande variedade de palavras-chave manejadas pelos pesquisadores que costumam publicar em periódicos desta categoria.

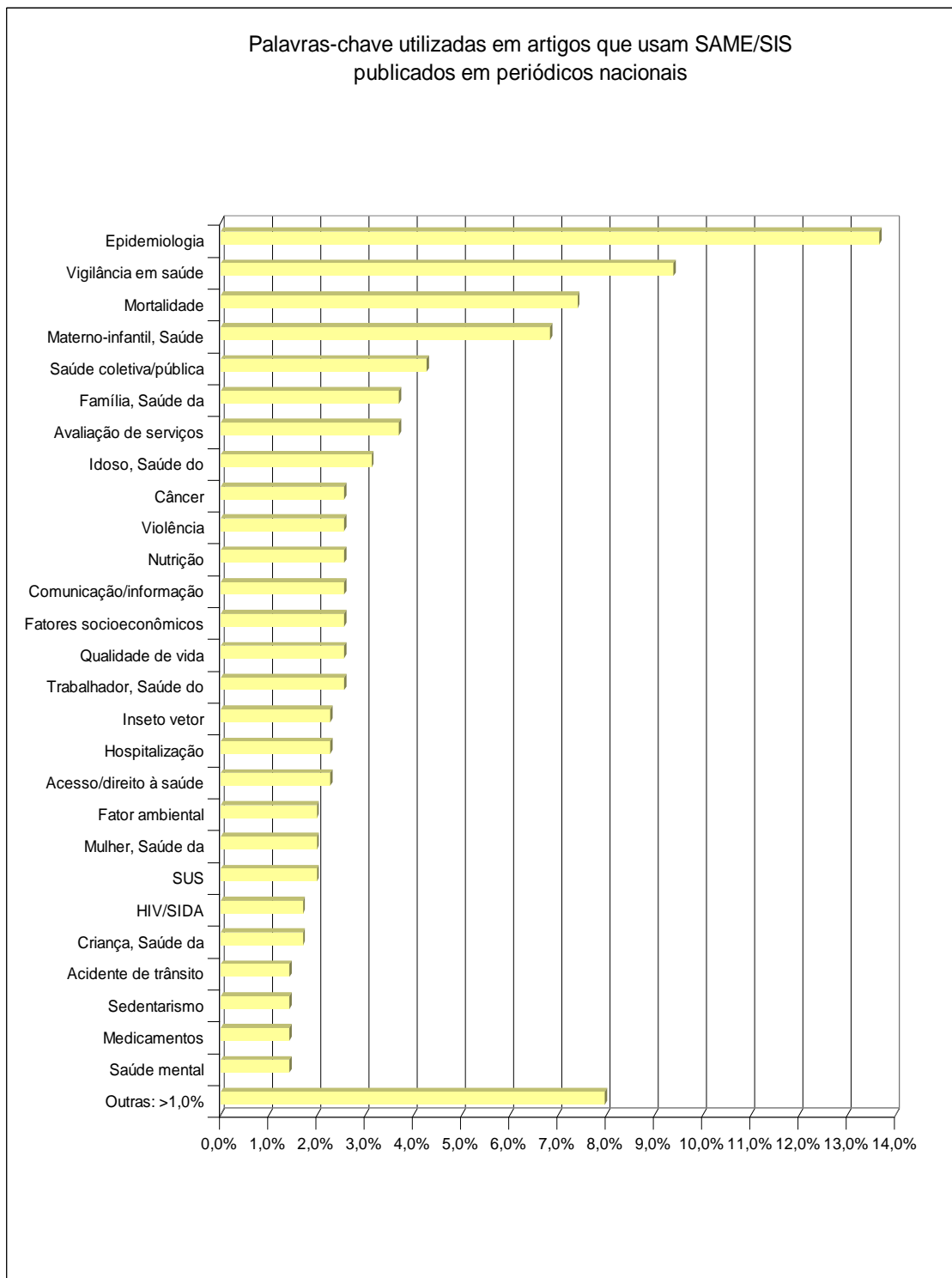


Gráfico 28: Palavras-chave empregadas em artigos de periódicos nacionais
Fonte: o autor.

Por fim, apresentam-se os dados relativos às palavras-chave citadas por artigos publicados em periódicos regionais, ressaltando que estas são referentes a estudos que mencionam os SAME/SIS como fontes de dados. No topo do Gráfico 29 verifica-se a prevalência discreta de dois termos

empregados como palavras-chave: epidemiologia, em 8,7% dos artigos e qualidade de vida, idem.

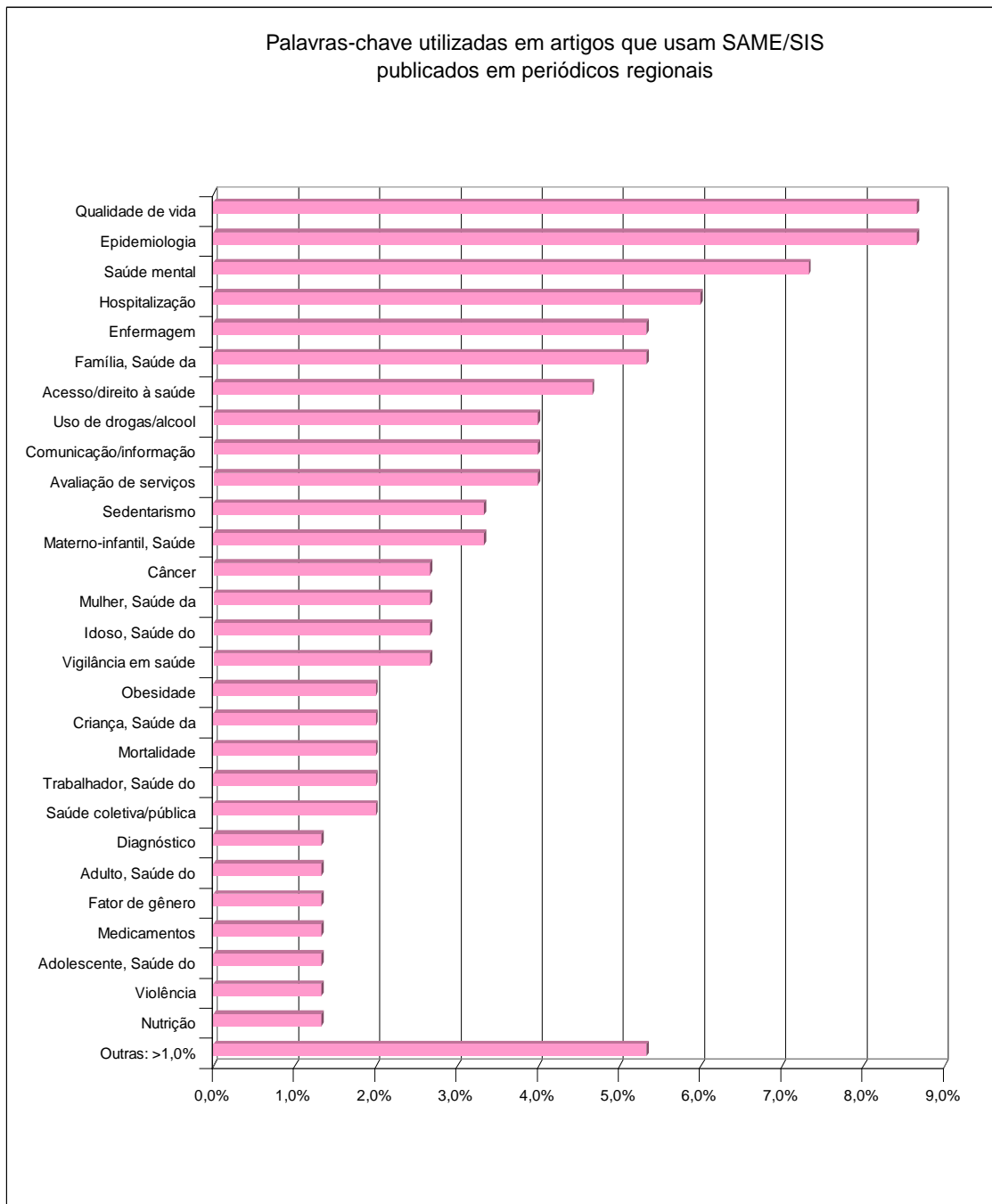


Gráfico 29: Palavras-chave empregadas em artigos de periódicos regionais
Fonte: o autor.

O termo saúde mental pode ser encontrado como um dos temas de 7,3% das publicações em periódicos regionais, entre os artigos que utilizam SAME/SIS como fontes de informação, enquanto que hospitalização expressa a temática de 6,0% dos textos avaliados; saúde da família, de 5,3% e enfermagem

igualmente; direito/acesso à saúde figura em 4,7% dos artigos; a seguir aparece uso de drogas e álcool, comunicação e informação em saúde e avaliação de serviços de saúde, cada um destes termos retratados em 4,0% dos textos.

Saúde materno-infantil corresponde a 3,3% das palavras-chave detectadas nos textos científicos desta categoria de periódicos, na mesma proporção que o tema sedentarismo. Com uma representatividade menor, entre os termos empregados, tem-se câncer (2,7%), saúde da mulher (2,7%), saúde do idoso (2,7%), vigilância em saúde (2,7%), obesidade (2,0%), saúde da criança (2,0%), mortalidade (2,0%), saúde do trabalhador (2,0%), e saúde pública/ saúde coletiva (2,0%).

Observa-se, ainda no Gráfico 29, o uso dos termos diagnóstico, saúde do adulto, fator de gênero, medicamentos, saúde do adolescente, violência e nutrição, representando, cada um deles, uma parcela equivalente a 1,3% das palavras-chave aplicadas para representar as temáticas abordadas pelas pesquisas que usam SAME/SIS, publicadas em periódicos de nível regional; também havendo outras palavras-chave com frequência menor que 1,0%, que, mesmo sem representatividade significativa, somam 5,0% dos termos usados.

É possível afirmar, após ponderar os dados ora expostos, que a palavra epidemiologia se sobressai às demais, em publicações que citam os SAME/SIS como suas fontes de dados, independentemente da categoria de revista onde se encontram. Ainda pode-se ver que há uma maior variedade de termos empregados em periódicos nacionais, apresentando 34 diferentes expressões, contra 30 dos internacionais e 32 dos regionais.

Por um lado, em revistas de nível internacional as expressões mais observadas constituíam temáticas genéricas ou amplas, como epidemiologia, saúde coletiva/ saúde pública, comunicação e informação em saúde, SUS e direito/ acesso à saúde, já, por outro lado, os textos publicados em revistas regionais apresentam uma tendente predileção a termos relativos a assuntos de

natureza mais especializada, ou à áreas mais específicas de conhecimento, tais como saúde mental, hospitalização, enfermagem, saúde da família, uso de drogas e álcool, sedentarismo e câncer.

A distinção entre palavras-chave genéricas ou específicas pode ser explicada pela própria natureza das revistas avaliadas em cada categoria, visto que as de nível internacional eram revistas de saúde pública e de epidemiologia, enquanto dentre as de nível regional, um dos títulos eram de enfermagem.

7.1.4 Locais de aplicação das pesquisas

Outro dado analisado, referente ao perfil dos artigos publicados no Brasil, em periódicos da área da saúde, foi o local de aplicação dos estudos que deram origem ao texto publicado. Para tanto, tomou-se como base a divisão geopolítica do país em regiões, segundo o que já foi explicitado na Figura 08, contida no item 5.2.2 do Capítulo 5 (metodologia) desta tese. Além das 5 regiões do país (sul, sudeste, centro-oeste, norte e nordeste), também foram considerados locais de aplicação de estudos o país como um todo, ou algum local do exterior do país, além de haver estudos onde o local de aplicação não é mencionado ou é ignorado, principalmente nos casos de pesquisas exclusivamente bibliográfica.

No Quadro 33, observa-se uma prevalência de estudos realizados nas regiões sul e sudeste do Brasil, com um total de 110 e 111 artigos, respectivamente. Em seguida, é possível reparar um grande número de pesquisas desenvolvidas com recorte geográfico focado na região nordeste, bem como no país todo. Posteriormente vê-se a ocorrência dos estudos cujos locais de aplicação são ignorados, os realizados na região centro-oeste, no exterior e, por fim, com o menor índice, as pesquisas realizadas na região norte do Brasil, o que pode ser explicado por ser a região menos populosa do país.

Local de aplicação do estudo	Usam SAME/SIS		Total
	Sim	Não	
Sul	53	57	110
Sudeste	67	44	111
Centro-oeste	12	7	19
Norte	6	3	9
Nordeste	42	43	85
Brasil	57	28	85
Exterior	3	9	12
Ignorado	7	29	36
Total	247	220	467

Quadro 33: Local de aplicação dos estudos
Fonte: o autor.

Dividindo-se os dados dos locais de aplicação das pesquisas em dois grupos básicos: aquelas que usam SAME/SIS e aquelas que não usam estas fontes, observa-se, conforme Gráfico 30, uma leve predominância de estudos envolvendo SAME/SIS na região sudeste, por outro lado, há predomínio de estudos que não usam estas fontes na região sul do Brasil.

Dentre os artigos que não envolvem o uso de SAME/SIS, a maior parte é referente a estudos realizados na região sul, ou seja, 26% das pesquisas desta categoria. Em seguida vê-se as regiões sudeste e nordeste, cada uma com 20% dos artigos publicados; posteriormente observa-se pesquisas desenvolvidas no Brasil (tomando como recorte todo o território nacional) e aquelas cujo local de aplicação é ignorado, com 13% das publicações cada. Com menor frequência, observam-se estudos realizados no exterior (4%), na região centro-oeste (3%) e, por fim, na região norte (1%).

Por outro lado, entre os artigos que relatam o uso de SAME/SIS, a maior parte refere aplicação de pesquisas na região sudeste do país, com 27% do total de artigos. Logo em seguida, observa-se que 23% destes artigos dizem respeito a estudos realizados em todo território brasileiro; assim como 21%, na região sul. A região nordeste figura na quarta posição, e é responsável pela produção de 17% dos artigos que exploram essas fontes de dados. Por outro

lado, os locais menos frequentemente mencionados são: a região centro-oeste, com 5% dos artigos analisados; os estudos com recorte geográfico ignorado, com 3%; estudos aplicados na região norte, com 2%; e, por fim, estudos realizados fora do Brasil, equivalentes a 1% dos artigos explorados neste estudo.

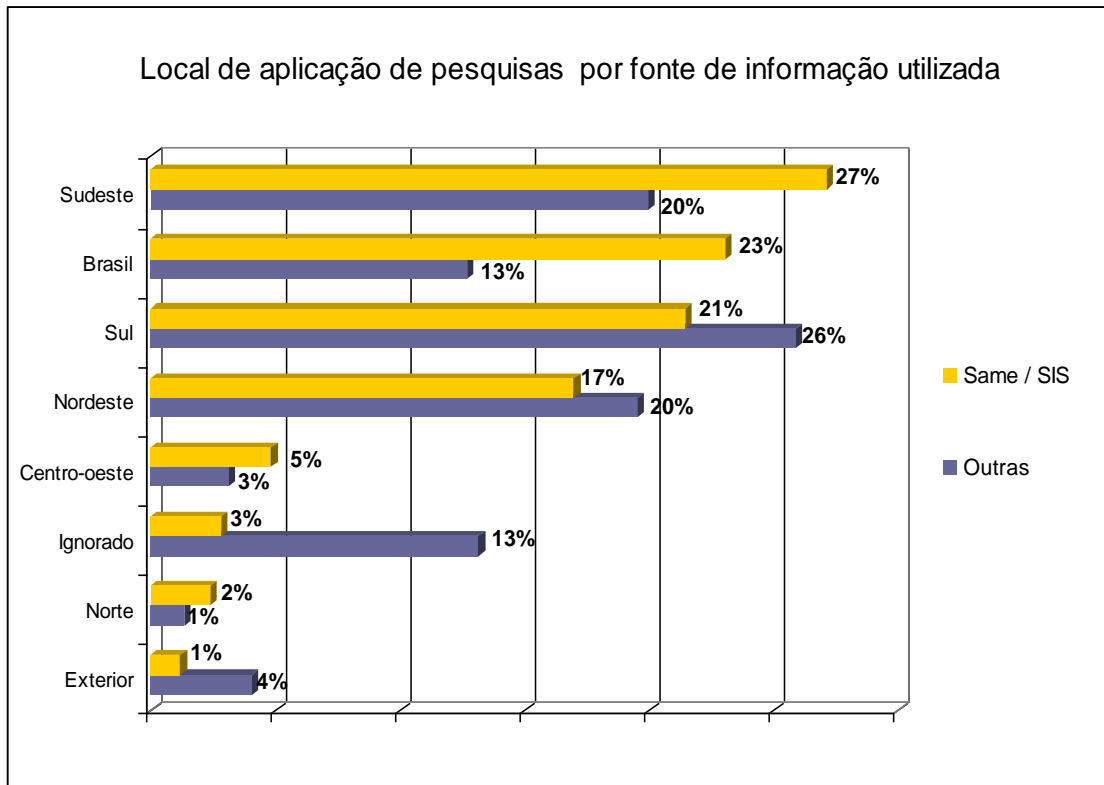


Gráfico 30: Local de aplicação de pesquisas por fonte de informação utilizada
Fonte: o autor.

Levando-se em consideração somente os dados referentes aos artigos que usam SAME/SIS como fontes de informação, e dividindo-os nas já mencionadas categorias de periódicos (internacional, nacional e regional), tem-se o que é mostrado no Quadro 34. Como já mencionado, a maioria destes artigos provém de estudos aplicados na região sudeste do país, porém, analisando os dados por categoria de periódico, vê-se que, em periódicos de nível internacional, a grande maioria diz respeito a pesquisas aplicadas a todo o território brasileiro, por outro lado, as publicações de nível regional apresentam uma predominância de aplicação na região sul.

Categoria de periódico Local de Aplicação do estudo	Internacional	Nacional	Regional	Total (Usam SAME/ SIS)
Sul	6	18	29	53
Sudeste	22	35	10	67
Centro-oeste	2	10	0	12
Norte	2	3	1	6
Nordeste	6	32	4	42
Brasil	38	16	3	57
Exterior	2	0	1	3
Ignorado	2	3	2	7
Total	80	117	50	247

Quadro 34: Local de aplicação de pesquisas por categoria de periódicos
Fonte: o autor.

Ainda estudando os dados de artigos que referem o uso das fontes já citadas, separados em categorias dos periódicos onde encontram-se publicados, é possível afirmar que a região sul é responsável pela grande maioria dos artigos publicados em periódicos de nível regional, porém é preciso ter em consideração que todas as revistas analisadas nesta categoria são editadas por instituições desta mesma região, portanto este dado indica uma tendência viciosa.

Apreciando os artigos publicados em revistas de nível internacional, observa-se, no Gráfico 31, uma grande prevalência de estudos cuja aplicação se deu em todo o território brasileiro, o que equivale à 48% dos textos avaliados nesta categoria de periódicos. Em seguida, observa-se que 28% destes artigos provém de estudos aplicados na região sudeste; 8%, na região sul; 8% na região nordeste; 3% apresentam recorte geográfico ignorado, nas mesmas proporções de estudos desenvolvidos fora do Brasil e nas regiões norte e centro-oeste do país (3% dos artigos elaborados em cada local).

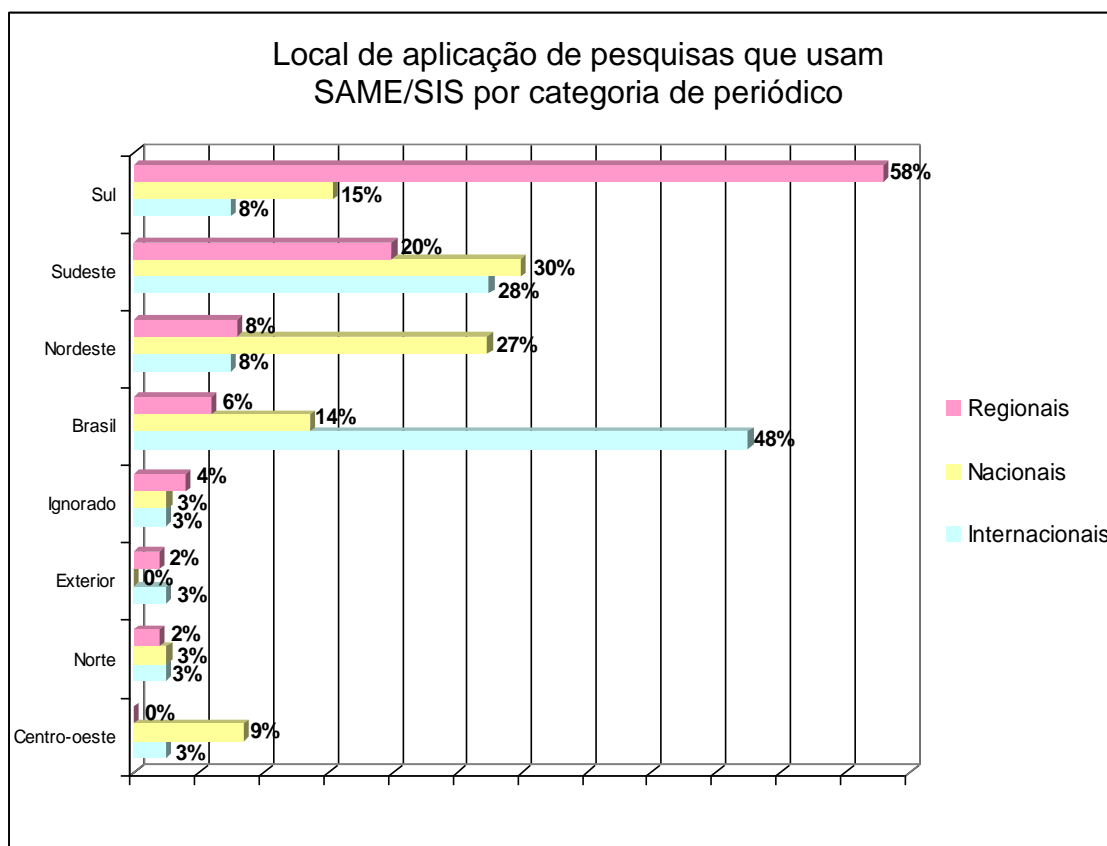


Gráfico 31: Local de aplicação de pesquisas por categoria de periódicos

Fonte: o autor.

Visualizando os dados referentes à categoria de periódicos nacionais, vê-se em destaque as produções das regiões sudeste e nordeste do país, responsáveis pela publicação de 30% e 27% dos artigos nesta categoria de revistas, respectivamente. Em seguida, figura a região sul, que representa 15% dos textos avaliados; o Brasil (como um todo) onde foram aplicados 14% dos estudos publicados; e a região centro-oeste, representando 9%. As menores ocorrências ficam por conta da região norte e dos estudos realizados sem recorte geográfico, representando, cada um deles, 3% dos artigos que referenciam o uso de SAME/SIS, publicados nestas revistas de nível nacional.

Por fim, tomando os dados referentes a artigos que relatam o uso de SAME/SIS como fontes de informação, e publicados em periódicos considerados de abrangência regional, observa-se, ainda no Gráfico 31, uma grande prevalência de estudos desenvolvidos na região sul, ou seja, 58% dos textos estudados. Porém, como já foi mencionado anteriormente, isso deve-se

ao fato de que as revistas tomadas para tal avaliação provêm desta mesma região geográfica.

Observa-se ainda em relação a esta categoria de artigos, a região sudeste como líder (desconsiderando-se o local anterior que foi considerado tendencioso) na produção científica na área da saúde, compondo 20% dos textos publicados nesta categoria de periódicos. A seguir, observa-se a região nordeste respondendo por 8% da produção e o Brasil como um todo, por 6%. Com menor representatividade, vê-se estudos sem recorte geográfico (4%), estudos realizados fora do Brasil (2%) e estudos desenvolvidos na região norte do país (idem).

7.1.5 Visão geral dos perfis das publicações

Após a apresentação dos primeiros dados dos artigos publicados é possível traçar pelo menos seis perfis de publicações a analisar:

- **Perfil 1** – dados totais coletados;
- **Perfil 2** – dados de artigos que não usam SAME/SIS;
- **Perfil 3** – dados totais de artigos que usam SAME/SIS;
- **Perfil 4** – dados de artigos que usam SAME/SIS em periódicos internacionais;
- **Perfil 5** – dados de artigos que usam SAME/SIS em periódicos nacionais e;
- **Perfil 6** – dados de artigos que usam SAME/SIS em periódicos regionais.

Cada perfil de artigos foi elaborado tomando-se os dados com ocorrência mais frequente em cada caso, obtendo-se o resumo apresentado no Quadro 35.

Perfil	Autor	Idioma	Palavras-Chave	Local de aplicação
Perfil 1	Docente	Português	<ul style="list-style-type: none"> ○ Epidemiologia ○ Saúde Coletiva ○ Avaliação em Saúde 	Região Sudeste do Brasil
Perfil 2	Docente	Português	<ul style="list-style-type: none"> ○ Epidemiologia ○ Saúde Coletiva ○ Avaliação em Saúde 	Região Sul do Brasil
Perfil 3	Profissional da saúde ou Docente	Português	<ul style="list-style-type: none"> ○ Epidemiologia ○ Vigilância em saúde ○ Saúde Materno-Infantil 	Região Sudeste do Brasil
Perfil 4	Docente	Português e Inglês	<ul style="list-style-type: none"> ○ Epidemiologia ○ Saúde bucal ○ Saúde do Idoso 	Brasil
Perfil 5	Profissional da saúde	Português	<ul style="list-style-type: none"> ○ Epidemiologia ○ Vigilância em saúde ○ Mortalidade 	Região Sudeste do Brasil
Perfil 6	Profissional da saúde	Português	<ul style="list-style-type: none"> ○ Epidemiologia ○ Qualidade de vida ○ Saúde Mental 	Região Sul do Brasil

Quadro 35: Perfis das publicações.

Fonte: o autor

Quanto ao Perfil 1, que refere-se ao total de artigos analisados, pode-se afirmar que são elaborados por docentes, publicados em idioma português, usando como palavras-chave os termos epidemiologia, saúde coletiva e avaliação de serviços de saúde; tendo por recorte geográfico de aplicação a região sudeste do Brasil.

O Perfil 2 define o total de artigos publicados que não usam SAME/SIS como fontes de informação, estes são escritos por docentes, publicados em português, podendo ser descritos pelas palavras-chave epidemiologia, saúde coletiva e avaliação de serviços de saúde, e dizem respeito

a pesquisas aplicadas ou desenvolvidas na região sul do Brasil, único dado que difere do perfil anterior.

O terceiro perfil permite afirmar que, no Brasil, os artigos publicados que relatam o uso de SAME/SIS como fontes são escritos por docentes e profissionais da saúde, publicados em português, sobre epidemiologia, vigilância em saúde e saúde materno-infantil e referem-se a pesquisas desenvolvidas na região sudeste do país.

Os artigos que usam SAME/SIS publicados em periódicos internacionais (Perfil 4), por sua vez, são desenvolvidos por docentes, publicados ao mesmo tempo em português e inglês, versando sobre epidemiologia, saúde bucal e saúde do idoso, sendo que as pesquisas que lhes deram origem foram aplicadas em todo o território brasileiro.

Já os artigos constantes em periódicos nacionais, que usam SAME/SIS (Perfil 5), têm como autores profissionais da saúde, são escritos em português e descritos pelas palavras-chave epidemiologia, vigilância em saúde e mortalidade, tendo sido produzidos na região sudeste do Brasil.

Por fim, pode-se aferir que artigos publicados em periódicos de abrangência regional, provenientes da região sul do Brasil e que usam SAME/SIS como fontes de informação (Perfil 6), são publicados por profissionais da saúde, em português, usando como palavras-chave os termos epidemiologia, qualidade de vida e saúde mental, tendo sua origem em pesquisas aplicadas na mesma região.

7.2 Aspectos metodológicos dos artigos publicados

Este subcapítulo de tese destina-se a apresentar os dados referentes às características metodológicas das pesquisas que deram origem a cada um dos artigos analisados. Inicialmente definiu-se a classificação destas pesquisas em exploratória, descritiva ou explicativa; posteriormente verificou-se as abordagens metodológicas empregadas nas análises de dados: se qualitativa, quantitativa ou quali quantitativa; por fim identificam-se os instrumentos de coleta de dados empregados nas pesquisas: questionário ou entrevista, formulário e outros.

7.2.1 Classificação das pesquisas

O primeiro ponto analisado referente aos métodos de pesquisa científica relatados nos artigos foi o tipo de estudo que lhe deu origem. Para identificação destes dados, tomou-se por base a classificação preconizada por Gil (2002), em consonância com diversos outros autores, que divide em três categorias o tipos de pesquisa, de acordo com a profundidade de alcance dos objetivos, a saber, pesquisas exploratórias, pesquisas descritivas e pesquisas explicativas.

O Quadro 36 exhibe a ocorrência dos tipos de pesquisas nos artigos estudados, onde pode-se observar uma grande prevalência das pesquisas descritivas sobre as exploratórias e as explicativas, sendo possível observar também que as fontes de dados exploradas não influenciam no tipo de pesquisa desenvolvida.

Tipo de pesquisa	Usam SAME/SIS		Total
	Sim	Não	
Exploratória	73	57	130
Descritiva	167	157	324
Explicativa	7	6	13
Total	247	220	467

Quadro 36: Tipos de pesquisas
Fonte: o autor.

A grande predominância das pesquisas descritivas pode ser confirmada no Gráfico 32, onde vê-se que a oscilação dos valores de ocorrência de cada tipo de pesquisa não é influenciada pelas fontes exploradas pelos estudos.

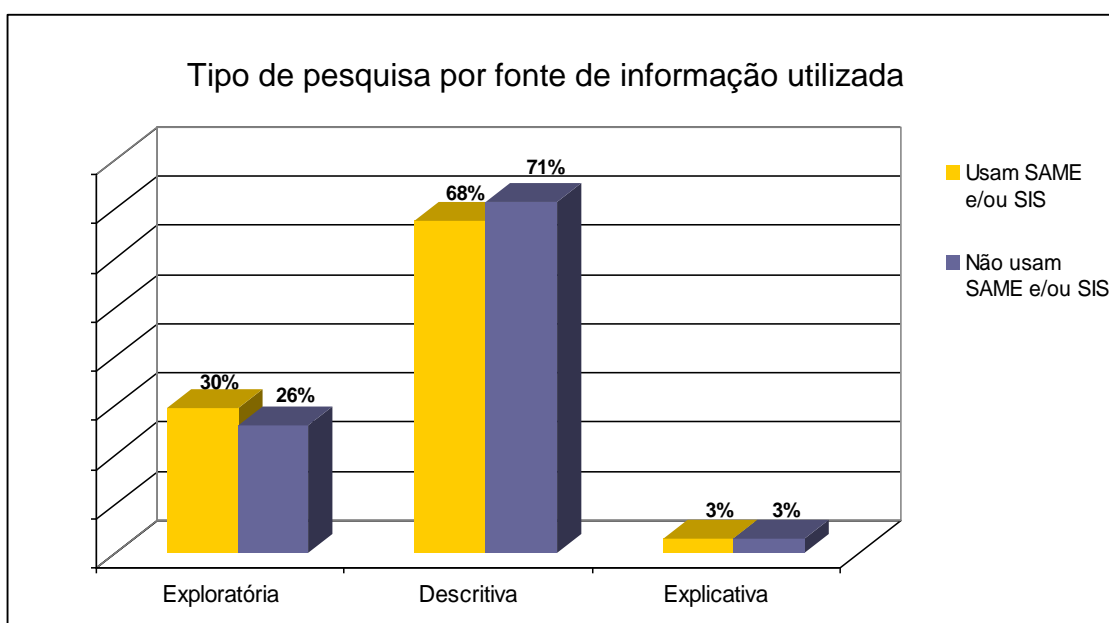


Gráfico 32: Tipos de pesquisa por fonte de informação utilizada
Fonte: o autor.

Visualiza-se que, entre os artigos que relatam o uso de SAME/SIS como fontes de informação, as pesquisas descritivas representam 68%, as exploratórias, 30%, enquanto apenas 3% destas pesquisas são do tipo explicativa. Já entre os artigos que não usam as fontes em questão, 71% são do tipo descritiva, 26% são exploratórias e somente 3%, explicativas.

Vendo o Gráfico 32, observa-se que não há uma clara interferência do uso ou não de SAME/SIS sobre os tipos de pesquisas desenvolvidas, apesar de verificar uma prevalência muito discreta do número de pesquisas descritivas entre os estudos que não relatam o uso destas fontes sobre aquelas que as usam; o oposto ocorre com as pesquisas exploratórias, onde esse leve predomínio é dos estudos que usam as fontes já citadas sobre aqueles que não as usam. Por outro lado, entre as pesquisas explicativas, as frequências são iguais.

Separando somente os dados de artigos que exploram os SAME/SIS como fontes de dados nas suas pesquisas, de acordo com as categorias de periódicos onde se encontram publicados, visualiza-se o Quadro 37, onde encontram-se os números referentes à ocorrência de cada tipo de pesquisa em cada categoria de revistas.

Categoria de periódico Tipo de pesquisa	Internacional	Nacional	Regional	Total (Usam SAME/ SIS)
Exploratória	22	40	11	73
Descritiva	55	74	38	167
Explicativa	3	3	1	7
Total	80	117	50	247

Quadro 37: Tipos de pesquisas desenvolvidas por categoria de periódicos
Fonte: o autor.

À primeira vista, o que se identifica claramente, é que há uma consonância na oscilação dos valores de cada tipo de pesquisa em cada categoria de periódico. No Gráfico 33 é possível verificar que as pesquisas descritivas correspondem à metodologia empregada na elaboração 69% dos artigos publicados em periódicos de nível internacional, 63% dos artigos publicados em periódicos nacionais e 76% dos que se encontram em periódicos regionais.

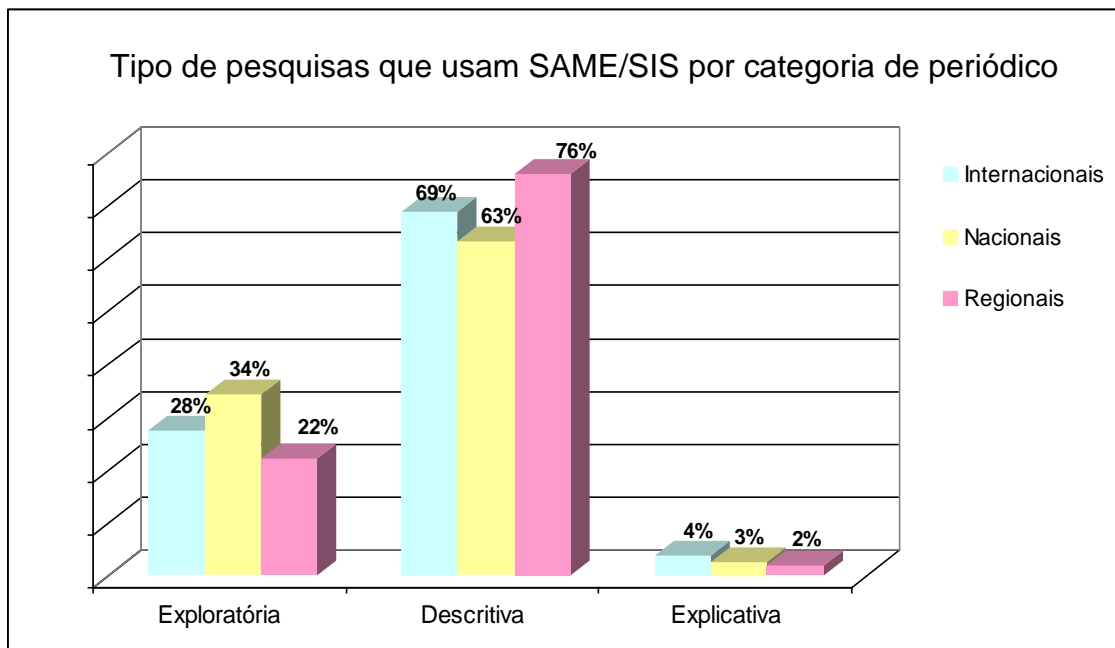


Gráfico 33: Tipos de pesquisas desenvolvidas por categoria de periódicos
Fonte: o autor.

Também visualiza-se, no mesmo gráfico, que o segundo tipo de pesquisa mais frequentemente relatado em artigos são os estudos exploratórios, correspondendo à 28% dos artigos publicados em periódicos internacionais, 34% dos artigos publicados em periódicos de nível nacional e 22% dos publicados em revistas de abrangência regional.

Por fim, verifica-se as pesquisas explicativas como as menos frequentes entre os artigos publicados em qualquer das categorias de periódicos, constituindo 4%, 3% e 2% dos textos examinados em periódicos internacionais, nacionais e regionais, respectivamente.

Segundo uma perspectiva que toma por ponto de referência os tipos de pesquisa, pode-se afirmar que as pesquisas exploratórias são mais frequentemente relatadas em artigos publicados em revistas de abrangência nacional, as pesquisas descritivas em periódicos regionais e as pesquisas explicativas em revistas de nível internacional. Porém, é importante salientar que estas diferenças de frequência são muito sutis, correspondendo à 6% entre as pesquisas exploratórias e descritivas, e, somente 1% entre as pesquisas explicativas.

7.2.2 Abordagens metodológicas utilizadas

Outro aspecto analisado por este estudo, referente às metodologias aplicadas pelas pesquisas que deram origem aos artigos e periódicos explorados, foi a abordagem metodológica segundo a qual estas pesquisas foram elaboradas, tendo sido consideradas três abordagens: a quantitativa, a qualitativa e a qualiquantitativa, de acordo com o tratamento dispensado ao objeto de cada estudo, e segundo os mesmos autores citados no item anterior.

Observa-se no Quadro 38 que os textos analisados distribuem-se uniformemente entre as diferentes abordagens consideradas, há, porém, uma clara prevalência do emprego de abordagens de natureza quantitativa e qualiquantitativa entre as pesquisas que usam SAME/SIS, enquanto que entre as que não usam estas fontes, a predominância é dos métodos qualitativos de análise de dados.

Abordagem metodológica	Usam SAME/SIS		Total
	Sim	Não	
Quantitativa	103	56	159
Qualitativa	39	98	137
Qualiquantitativa	105	66	171
Total	247	220	467

Quadro 38: Abordagem metodológica empregada
Fonte: o autor.

O Gráfico 34 ratifica esta constatação, onde fica muito clara a prevalência dos métodos quantitativos e qualiquantitativos entre as pesquisas que manipulam dados provenientes de SAME/SIS, representando, respectivamente, 42% e 43%, contra apenas 16% de relatos do emprego de métodos qualitativos dos textos estudados. Por outro lado, há uma predominância também bastante pronunciada deste último método entre as pesquisas que não usam os SAME/SIS como fontes de dados, representando 45% destas publicações, contra 25% e 30% de pesquisas que aplicaram o método quantitativo e qualiquantitativo, respectivamente.

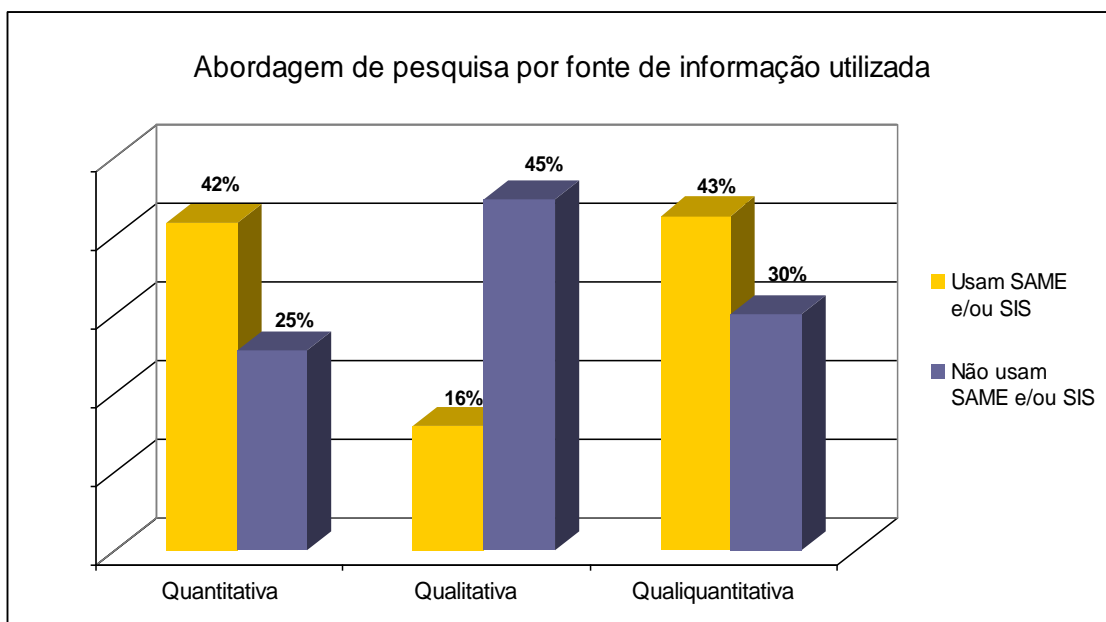


Gráfico 34: Abordagem metodológica empregada
Fonte: o autor.

Separando os dados referentes somente aos artigos que empregam SAME/SIS como fontes de dados, segundo as categorias de periódicos onde estão editados, observa-se a divisão expressa no Quadro 39, onde o predomínio das pesquisas quantitativas fica mais evidente entre as publicações de nível nacional, enquanto a prevalência das quali quantitativas é mais pronunciada entre as publicações de nível internacional e nacional. As pesquisas puramente qualitativas, sendo as menos frequente, são encontradas em maior concentração entre os periódicos de abrangência nacional e regional.

Categoria de periódico Abordagem Metodológica	Categoria de periódico			Total (Usam SAME/ SIS)
	Internacional	Nacional	Regional	
Quantitativa	20	61	22	103
Qualitativa	15	7	17	39
Quali quantitativa	45	49	11	105
Total	80	117	50	247

Quadro 39: Abordagem metodológica empregada por categoria de periódicos
Fonte: o autor.

Vendo o Gráfico 35, verifica-se que entre os artigos que usam informações de SAME/SIS publicados em periódicos internacionais 25% efetuam uma análise quantitativa de dados, 19% usam métodos qualitativos,

porém a maioria absoluta (56%) dos artigos contidos nesta categoria de periódicos manipulam os dados de suas investigações por meio de métodos mistos, ou seja, quali-quantitativos.

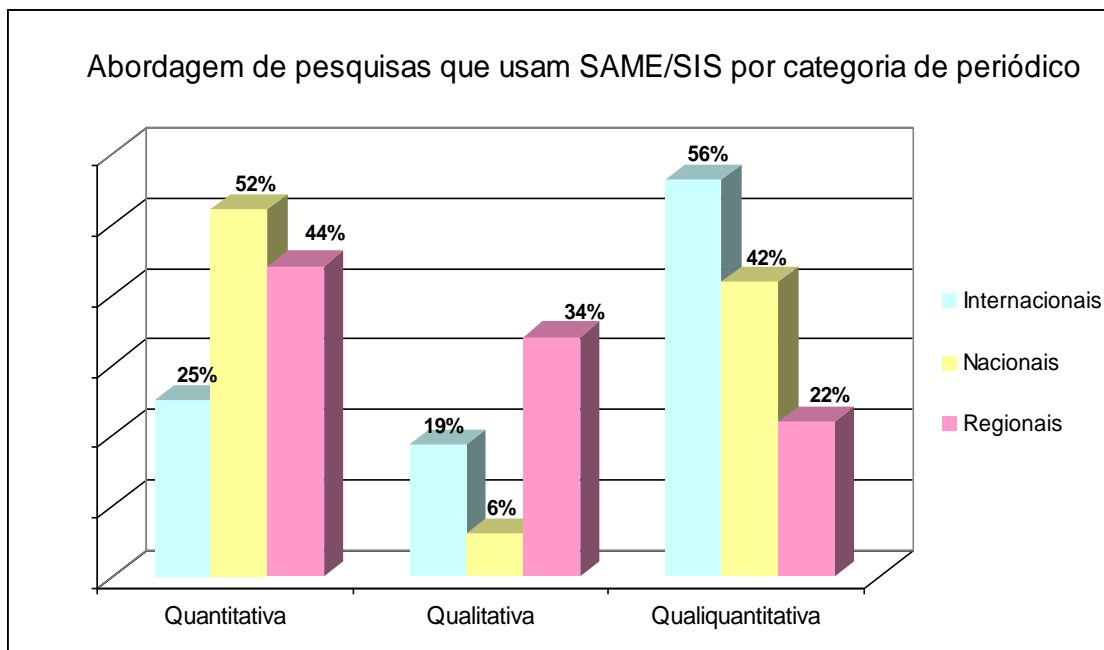


Gráfico 35: Abordagem metodológica empregada por categoria de periódicos
Fonte: o autor.

Conforme o mesmo gráfico, os artigos publicados em periódicos de nível nacional, em sua grande maioria (52%), tratam os dados provenientes de SAME/SIS por meio de métodos quantitativos, por outro lado 42% empregam métodos quali-quantitativos, enquanto que apenas 6% manipulam os dados de suas investigações através de métodos qualitativos.

Entre as revistas de abrangência regional os artigos publicados são bem distribuídos entre os três métodos considerados, sendo 44% de natureza quantitativa, 34% do tipo qualitativa e 22% aplicam métodos mistos (quali-quantitativos) de tratamento dos dados obtidos a partir de fontes que incluem SAME/SIS.

A clara predominância de métodos que envolvem análise de dados quantitativos (puramente quantitativos ou mistos quali-quantitativos) entre as pesquisas que valem-se de dados obtidos a partir de SAME/SIS pode ser

explicada observando-se que as temáticas mais comumente relatadas envolvem estudos epidemiológicos, que visam a elaboração de, entre outros produtos, estudos estatísticos da ocorrência de uma doença (ou sintoma, ou característica) em determinada população, quando os métodos que tratam de números, ou seja, métodos quantitativos, são mais adequados.

7.2.3 Instrumentos de coleta de dados aplicados

Este subcapítulo propõe-se a analisar os instrumentos de coleta de dados empregados pelos pesquisadores na elaboração dos artigos publicados, considerou-se instrumentos de coleta direta, como questionários e entrevistas, instrumentos de coleta indireta, como formulários e formulários eletrônicos, e outros instrumentos (ou nenhum), aplicados principalmente em pesquisas de natureza bibliográfica (ou ensaios).

Para fins deste estudo foram considerados todos os instrumentos citados em cada artigo, assim, em alguns houve relato do uso de múltiplos instrumentos, em outros poucos, não há relato claro do uso de instrumento de coleta de dados. Desta forma, para os 467 artigos analisados, detectou-se a ocorrência de 572 instrumentos de coleta de dados, em uma média de 1,22 instrumentos por artigo publicado.

O Quadro 40 mostra que a frequência de uso de questionários/entrevistas e formulários é muito semelhante, ou seja, 242 e 248 ocorrências, respectivamente. Porém a diferença de emprego destes instrumentos fica mais evidente quando separa-se as pesquisas que usam e das que não exploram SAME/SIS, onde há uma grande prevalência do uso de formulários sobre os demais instrumentos.

Instrumentos de coleta de dados	Usam SAME/SIS		Total
	Sim	Não	
Questionário/Entrevista	101	141	242
Formulário	218	30	248
Outros	16	66	82
Total	335	237	572

Quadro 40: Instrumentos de coleta de dados empregados

Fonte: o autor.

O Gráfico 36 evidencia claramente a prevalência dos formulários em pesquisas que usam SAME/SIS, representando 65% desses artigos, e de questionários/entrevistas em estudos que não usam estas fontes, equivalendo à 59% daquelas.

Pode se afirmar, ainda de acordo com o Gráfico 36, que dos artigos que relatam a coleta de dados de SAME/SIS, 65% também relatam o uso de formulários para esta coleta, 30% relatam o emprego de questionários e entrevistas como instrumentos auxiliares, e há ainda o uso, em 5% deles, de outros instrumentos de coleta de dados.

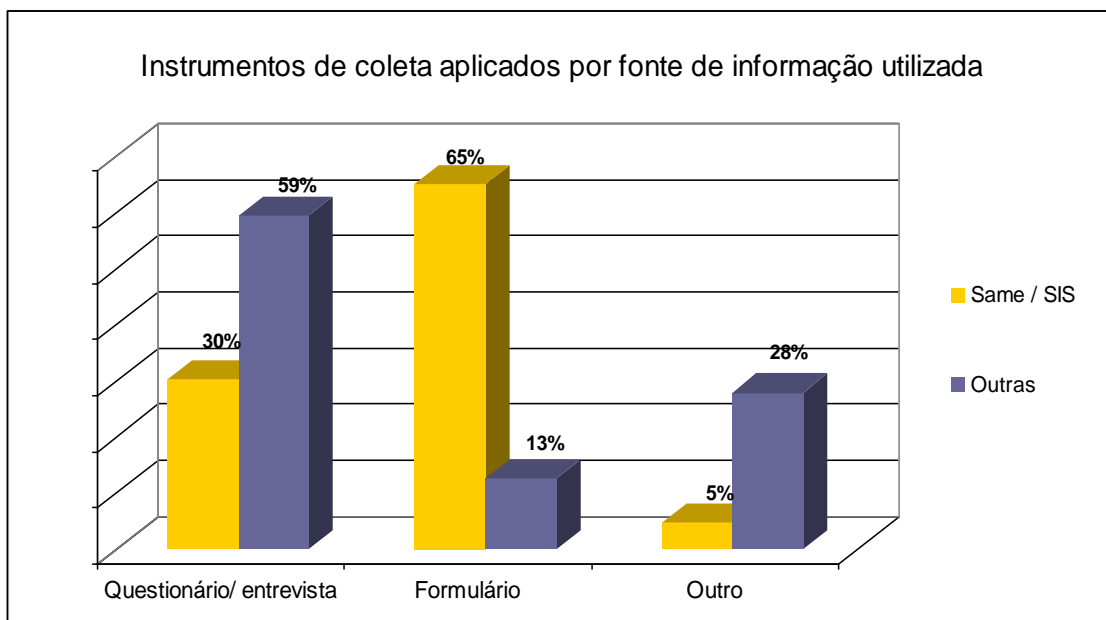


Gráfico 36: Instrumentos de coleta de dados empregados

Fonte: o autor.

Por outro lado, em pesquisas que não fazem uso das fontes de informações citadas, o emprego mais frequente é de questionários e entrevistas como instrumentos de coleta de dados, citados em 59% desses artigos, que também fazem uso de formulários (13%) e outros instrumentos (28%). A justificativa do predomínio dos instrumentos de coleta direta de dados (entrevistas e questionários) pode ser o fato de que, em pesquisas que não usam SAME/SIS, grande parte dos dados são coletados diretamente dos sujeitos (paciente).

Instrumentos de Coleta de dados \ Categoria de Periódico	Internacional	Nacional	Regional	Total (Usam SAME/ SIS)
Questionário/Entrevista	44	29	28	101
Formulário	66	104	48	218
Outros	9	6	1	16
Total	119	139	77	335

Quadro 41: Instrumento de coleta de dados por categoria de periódicos

Fonte: o autor.

Tomando os dados separadamente, somente daqueles artigos que usam SAME/SIS, de acordo com a categoria de revista onde se encontram publicados, segundo o Quadro 41, não há uma influência significativa da categoria de periódico sobre os instrumentos de coleta empregados nas pesquisas.

Vendo o Gráfico 37, pode-se aferir que entre os artigos publicados em periódicos internacionais, a maioria absoluta, 55% dos textos, relata o uso de formulários como instrumentos de coleta de dados, enquanto 37% usam questionários e entrevistas e 8% usam outros instrumentos de coleta de dados.

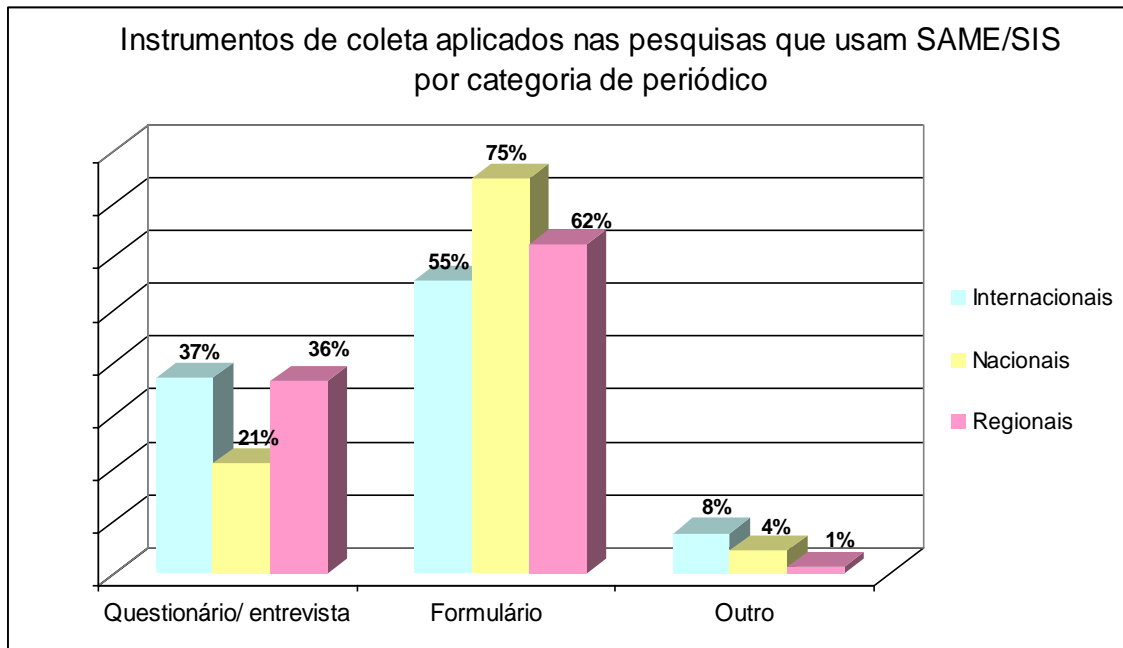


Gráfico 37: Instrumento de coleta de dados por categoria de periódicos
Fonte: o autor.

Também entre os textos publicados em periódicos de abrangência nacional a prevalência dos formulários se destaca, e inclusive é nesta categoria de revistas que este predomínio é mais pronunciado, representando 75% dos artigos, para apenas 21% e 4% de artigos que usam questionários/entrevistas e outros instrumentos, respectivamente.

Igualmente, nos artigos publicados em periódicos regionais, a parcela que usa formulários equivale a 62% dos estudos. Questionários e entrevistas representam 36% dos instrumentos e 1% de outros instrumentos relatados em artigos usuários de SAME/SIS nesta categoria de periódicos.

7.2.4 Resumo dos aspectos metodológicos de publicações no Brasil

Apresentando resumidamente os dados sobre os aspectos metodológicos apresentados até agora, referentes aos artigos analisados, e tomando-se ainda como referência a definição dos perfis traçados no item anterior, observa-se o Quadro 42.

Perfil	Detalhe	Tipo de pesquisa	Abordagem metodológica	Instrumento de coleta de dados
Perfil 1	Dados totais coletados	Descritiva	Quantitativa	Formulário
Perfil 2	Dados de artigos que não usam SAME/SIS	Descritiva	Qualitativa	Entrevista e questionário
Perfil 3	Dados totais de artigos que usam SAME/SIS	Descritiva	Qualiquantitativa	Formulário
Perfil 4	Dados de artigos que usam SAME/SIS em periódicos internacionais	Descritiva	Qualiquantitativa	Formulário
Perfil 5	Dados de artigos que usam SAME/SIS em periódicos nacionais	Descritiva	Quantitativa	Formulário
Perfil 6	Dados de artigos que usam SAME/SIS em periódicos regionais	Descritiva	Quantitativa	Formulário

Quadro 42: Aspectos metodológicos das publicações.

Fonte: o autor

Quanto ao Perfil 1, que refere-se ao total de artigos analisados, pode-se afirmar que referem-se a pesquisas descritivas com abordagem quantitativa, usando como instrumentos de coleta de dados formulários e formulários eletrônicos.

O Perfil 2 define o total de artigos publicados que não usam SAME/SIS como fontes de informação, estes são referentes a pesquisas do tipo descritiva, usando métodos qualitativos de análise de dados, que são coletados por meio de questionários e entrevistas.

O terceiro perfil permite afirmar que, no Brasil, os artigos publicados que relatam o uso de SAME/SIS como fontes são escritos a partir de pesquisas descritivas, com abordagem quali-quantitativa e usando formulários para a coleta de dados.

Os artigos que usam SAME/SIS publicados em periódicos internacionais (Perfil 4), por sua vez, são desenvolvidos através de pesquisas descritivas, com análise de dados quali-quantitativa, usando principalmente formulários e formulários eletrônicos para a coleta de dados.

Já os artigos constantes em periódicos nacionais, que usam SAME/SIS (Perfil 5), são referentes a pesquisas descritivas, com análise quantitativa de dados, os quais são coletados por meio de formulários e formulários eletrônicos.

Por fim, pode-se aferir que artigos publicados em periódicos de abrangência regional, provenientes da região sul do Brasil e que usam SAME/SIS como fontes de informação (Perfil 6), são originados de pesquisas descritivas de cunho quantitativo, cujos dados são coletados por meio de formulários e formulários eletrônicos.

Vendo este resumo de dados, pode-se concluir que o tipo de pesquisa não apresenta uma variação significativa de acordo com as fontes de informação que explora, tampouco de acordo com a categoria de periódico onde é publicada. Por outro lado, a abordagem metodológica adotada e os instrumentos de coleta de dados empregados estão intimamente ligados com a natureza das fontes de informação das pesquisas, pois em pesquisas que não usam SAME/SIS, há um predomínio das pesquisas com abordagem qualitativa e do uso de questionários e entrevistas, enquanto que naquelas que usam estas fontes, há prevalência da abordagem quantitativa (aliada ou não à quantitativa) e dos formulários como instrumentos de coleta de dados mais comumente relatados nestes textos.

7.3 Fontes de informações utilizadas nas pesquisas publicadas

Este subcapítulo destina-se à análise das fontes de dados exploradas pelas investigações que deram origem aos diversos artigos que foram estudados. Foram consideradas todas as fontes mencionadas por cada artigo, havendo, em muitos casos, o relato do uso de múltiplas fontes pela mesma pesquisa. Portanto, o número total de fontes apresentado será sempre maior do que o total de artigos analisados em cada categoria.

O Quadro 43 apresenta a razão entre o número de artigos analisados e o número de fontes exploradas por eles. Pode-se afirmar que para o total de 247 artigos que relatam o uso de SAME/SIS detectou-se o emprego de 409 distintas fontes de informação, ou seja, a razão é de 1,7 fontes de informação por artigo publicado. Por outro lado, entre os 220 artigos que não usam SAME/SIS, verificou-se a ocorrência de 245 fontes, numa razão de 1,1 fontes por artigo publicado.

Vendo o Quadro 43, verifica-se que nos periódicos de nível internacional encontram-se os artigos que fazem o maior emprego de múltiplas fontes de informação, referindo o emprego de 1,9 e 1,2 fontes por artigo publicado que usa e não usa SAME/SIS, respectivamente, equivalendo a uma média final de 1,6. Por outro lado, em periódicos de nível nacional e regional estes valores são relativamente menores, relatando, respectivamente, o emprego de 1,5 e 1,7 fontes de informação por entre os artigos que usam SAME/SIS, e 1,1 fontes por artigos em ambas categorias, entre os textos que não exploram os SAME/SIS, equivalendo, ambos a uma média final de 1,3 fontes de informação por artigo publicado.

Categoria de periódicos	Usam SAME/SIS			Não usam SAME/SIS			TOTAL		
	Fontes	Artigos	Razão	Fontes	Artigos	Razão	Fontes	Artigos	Razão
Internacional	154	80	1,9	73	63	1,2	227	143	1,6
Nacional	171	117	1,5	69	63	1,1	240	180	1,3
Regional	84	50	1,7	103	94	1,1	187	144	1,3
Total	409	247	1,7	245	220	1,1	654	467	1,4

Quadro 43: Razão entre número de fontes por artigos publicados

Fonte: o autor.

Ainda apreciando-se o mesmo quadro, é possível aferir que entre as pesquisas que se utilizam de SAME/SIS, o emprego de múltiplas fontes de informação é mais frequente do que entre aquelas que não usam este tipo de fontes. Ainda pode-se perceber que entre os artigos usuários de SAME/SIS publicados em periódicos internacionais ocorre o maior emprego de múltiplas fontes, ou seja, praticamente duas fontes por artigo, enquanto que entre os artigos não usuários de SAME/SIS publicados em periódicos nacionais e regionais a razão é de apenas uma fonte por pesquisa.

A seguir serão melhor esquadrihados os dados das fontes referentes aos artigos publicados em periódicos internacionais, posteriormente os de periódicos nacionais e regionais, por fim, serão analisados os dados referentes às fontes de informação exploradas pela totalidade das publicações usuárias ou não de SAME/SIS. Ressalta-se que as fontes encontradas foram as seguintes: SAME, SIS, pacientes, profissionais da saúde, bibliográficas, outras fontes primárias e outras fontes.

7.3.1 Em periódicos de abrangência internacional

A primeira categoria de dados a ser apresentada refere-se aos artigos publicados em periódicos de abrangência internacional. No Quadro 44 observa-se que a fonte mais consultada entre todos os artigos desta categoria

são os pacientes, seguidos dos Arquivos Médicos (SAME) e dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS).

Fontes utilizadas em publicações internacionais			
	Usam SAME/ SIS	Não usam SAME/ SIS	Parcial
Paciente	38	31	69
Profissional da saúde	9	15	24
SAME	50	0	50
SIS	40	0	40
Bibliografia	9	14	23
Outra fonte primária	6	9	15
Outras	2	4	6
Total	154	73	227

Quadro 44: Fontes de dados utilizadas em periódicos internacionais
Fonte: o autor.

Por meio da análise do Gráfico 38, é possível concluir que esta grande parcela de estudos que coletam dados diretamente dos pacientes, normalmente por meio de entrevistas e questionários, corresponde a 30% dos artigos publicados em periódicos de nível internacional. SAME e SIS, somados, correspondem a 40% das fontes referenciadas por estes textos, porém, separadamente, representam 22% e 18%, respectivamente. Ressalta-se que estas parcelas equivalem aos artigos que referenciam o uso somente de SAME ou SIS, sem fontes auxiliares.

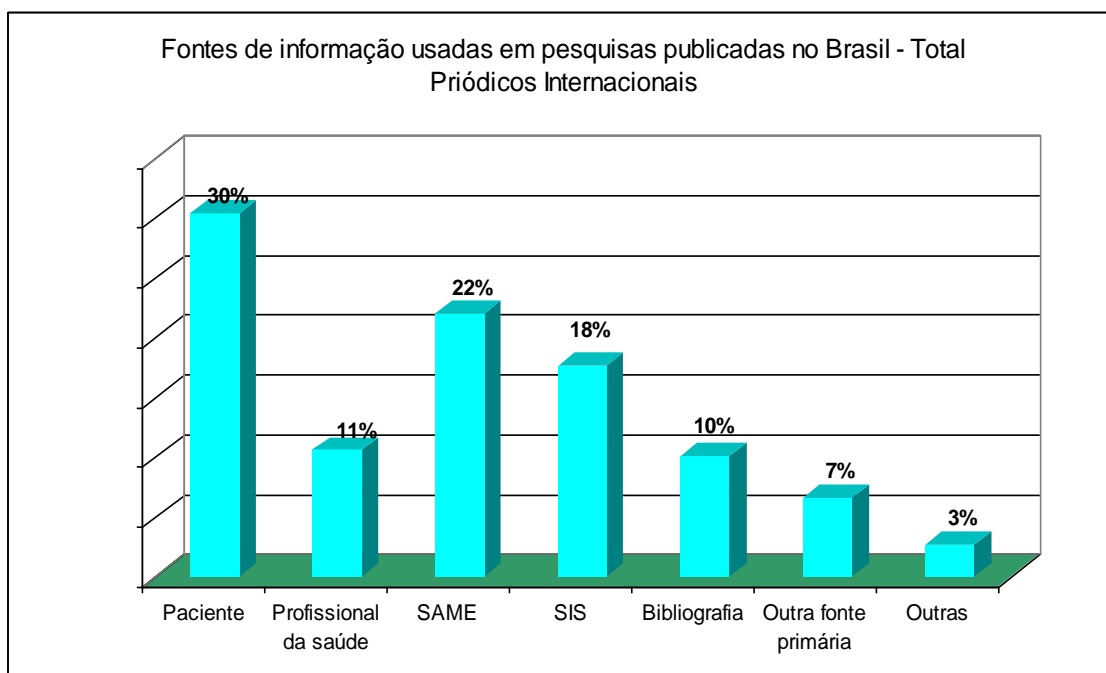


Gráfico 38: Fontes de dados utilizadas em periódicos internacionais
Fonte: o autor.

Por outro lado, as fontes menos frequentemente empregadas por estudos publicados em revistas brasileiras de abrangência internacional são os próprios profissionais da saúde, representando 11%; fontes bibliográficas, 10%; outras fontes primárias, que incluem diversos arquivos, excetuados os médicos (principalmente arquivos históricos, notariais, eclesiásticos e arquivos de cemitérios), 7%; e outras fontes, 3%.

Ponderando de forma isolada somente os dados de artigos que referem o uso de SAME e SIS com ou sem fontes correlatas, que representam 69% do total de artigos provenientes de revistas internacionais, por meio do Gráfico 39, pode-se aferir que 22% e 18% dos textos estudados usam exclusivamente estas duas fontes, respectivamente. Por outro lado, analisando as fontes empregadas simultaneamente nos estudos publicados nestas revistas internacionais, verificou-se que 29% desses estudos usam, além de SAME/SIS, outras fontes de dados: 17% dos textos relatam a coleta direta de pacientes, 4% o uso de profissionais da saúde e de fontes bibliográficas (cada um), 3% usam outras fontes primárias e, ainda, 1% contam com o auxílio de outras fontes de informação para suas pesquisas.

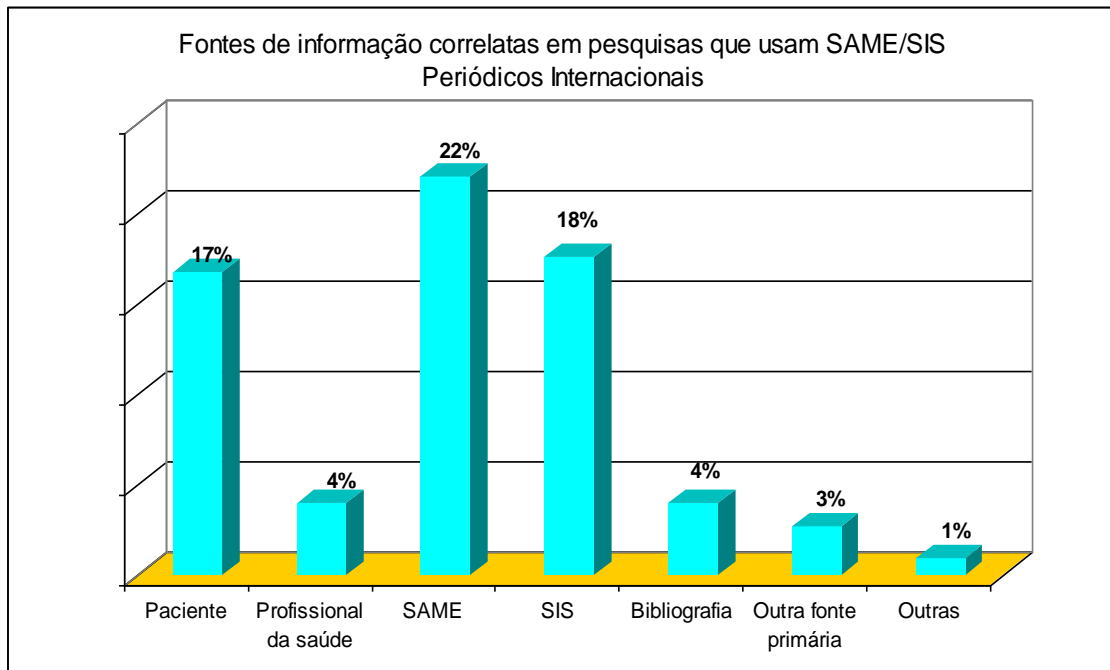


Gráfico 39: Fontes correlatas em artigos que usam SAME/SIS em periódicos internacionais
 Fonte: o autor.

Entre os artigos que não relatam o emprego de SAME e SIS, ou seja, 33% do total de textos em revistas internacionais, os dados são coletados das fontes mostradas no Gráfico 40. Pode ser observada a ocorrência do uso de dados coletados diretamente dos pacientes em 14% desses artigos, diretamente de profissionais da saúde em 7% dos textos. Com uma frequência semelhante (6%), encontram-se estudos exclusivamente bibliográficos. Também é possível identificar o uso de outras fontes primárias (principalmente de outros tipos de documentos arquivísticos não inclusos entre os SAME). Ainda verifica-se o emprego, em 2% dos artigos que não usam SAME publicados em periódicos de nível internacional, o uso de outras fontes de informação.

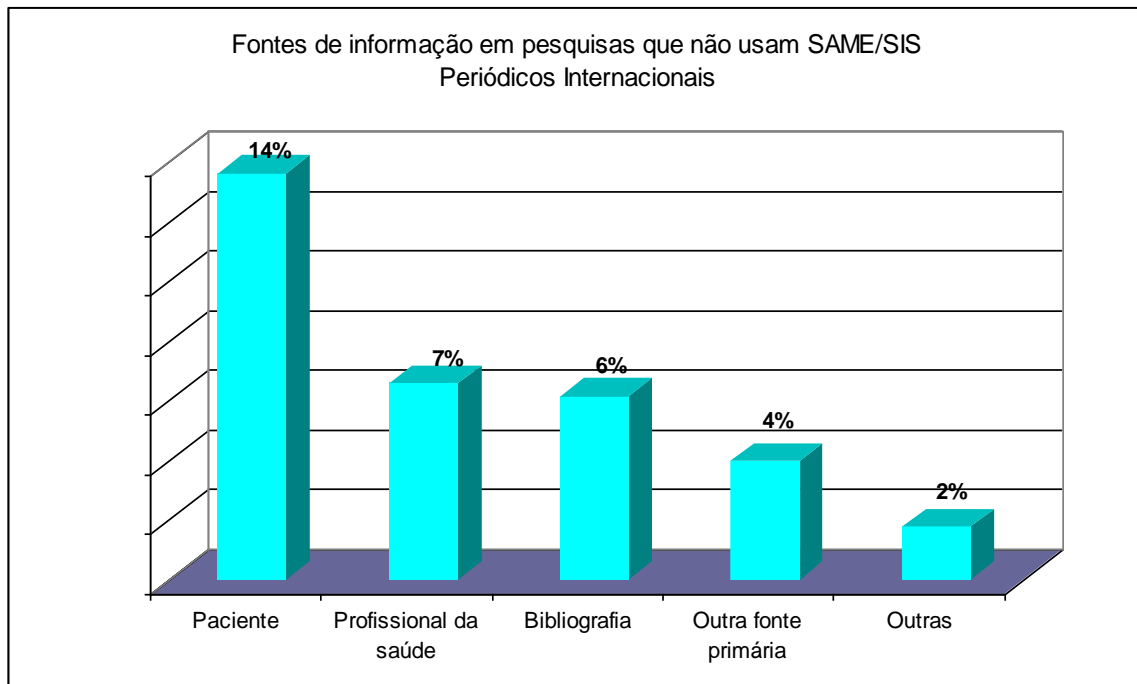


Gráfico 40: Fontes de dados em artigos que não usam SAME/SIS em periódicos internacionais
Fonte: o autor.

Portanto, entre os periódicos internacionais, as fontes de dados mais comumente utilizadas são os SAME/SIS, que, juntos, são referenciados por 40% dos artigos destas revistas. Por outro lado, em estudos que não relatam o emprego de dados provenientes de SAME e/ou SIS, as fontes mais frequentemente exploradas constitui-se dos pacientes, ou usuários dos serviços de saúde.

7.3.2 Em periódicos de abrangência nacional

A seguir, apresentam-se os dados referentes aos artigos publicados em periódicos de abrangência nacional. No Quadro 45 verifica-se que SAME e paciente são as fontes de dados mais frequentemente citadas nos artigos desta categoria, seguidas dos SIS. Separando os artigos que manipulam dados de SAME/SIS daqueles que não os usam, verifica-se que entre os primeiros há uma predominância do emprego de dados provenientes de arquivos médicos (SAME), já entre os artigos do segundo grupo, há uma clara prevalência de dados tomados diretamente dos pacientes.

Fontes utilizadas em publicações nacionais			
Relação de fontes	Usam SAME/ SIS	Não usam SAME/ SIS	Parcial
Paciente	29	36	65
Profissional da saúde	3	13	16
SAME	68	0	68
SIS	53	0	53
Bibliografia	10	10	20
Outra fonte primária	7	7	14
Outras	1	3	4
Total	171	69	240

Quadro 45: Fontes de dados utilizadas em periódicos nacionais
Fonte: o autor.

O Gráfico 41 mostra a predominância de artigos que referenciam o uso de SAME como fontes, ou seja, 28% dos textos analisados. Em seguida, verifica-se, e proporção semelhante, equivale te a 27% dos artigos publicados em periódicos de alcance nacional, o uso de dados coletados diretamente de pacientes. Outra fonte de uso bastante expressivo é composta pelos SIS, citados em 22% das publicações de nível nacional.

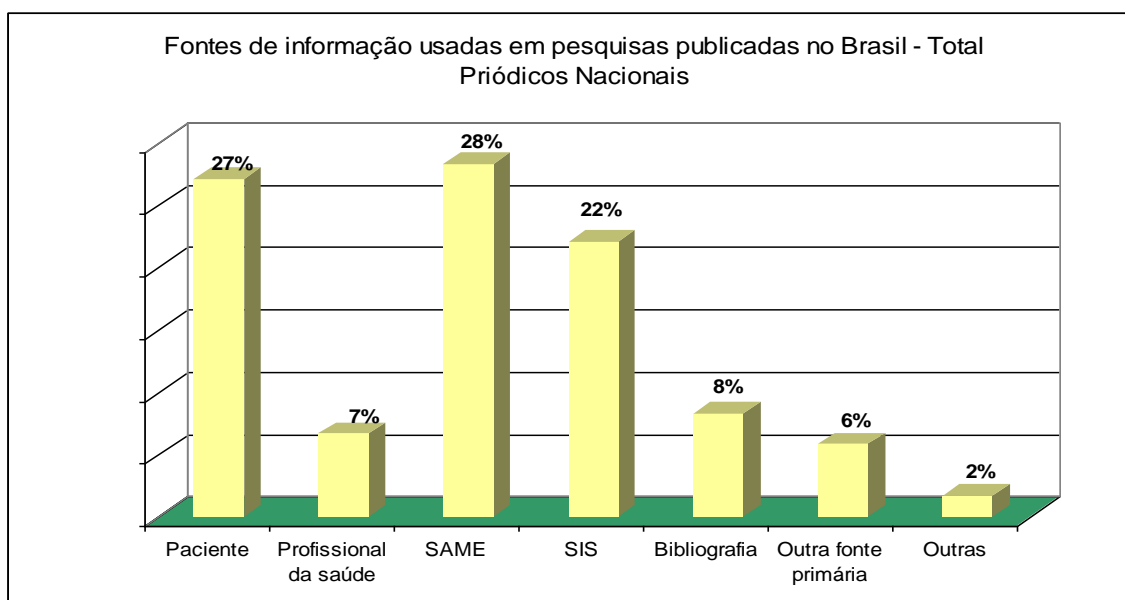


Gráfico 41: Fontes de dados utilizadas em periódicos nacionais
Fonte: o autor.

Ainda, no mesmo gráfico, destaca-se o emprego de dados provenientes de fontes bibliográficas, de profissionais da saúde e de outras

fontes primárias, citadas por 8%, 7% e 6% dos artigos desta categoria, respectivamente. Houve, por fim, em 2% dos textos, referências a outras fontes de informação.

A ocorrência de fontes correlatas aos SAME e SIS podem ser verificadas no Gráfico 42, onde, além dos já mencionados 28% de artigos que usam SAME e 22% de artigos que usam SIS, podem ser conferidos os percentuais de empregos das demais fontes auxiliares: 12% dos artigos referem a aplicação de dados coletados diretamente de pacientes, 4% e 3%, respectivamente, servem-se de dados provenientes de fontes bibliográficas e outras fontes primárias, além de 1% dos artigos que referenciam dados coletados de profissionais da saúde.

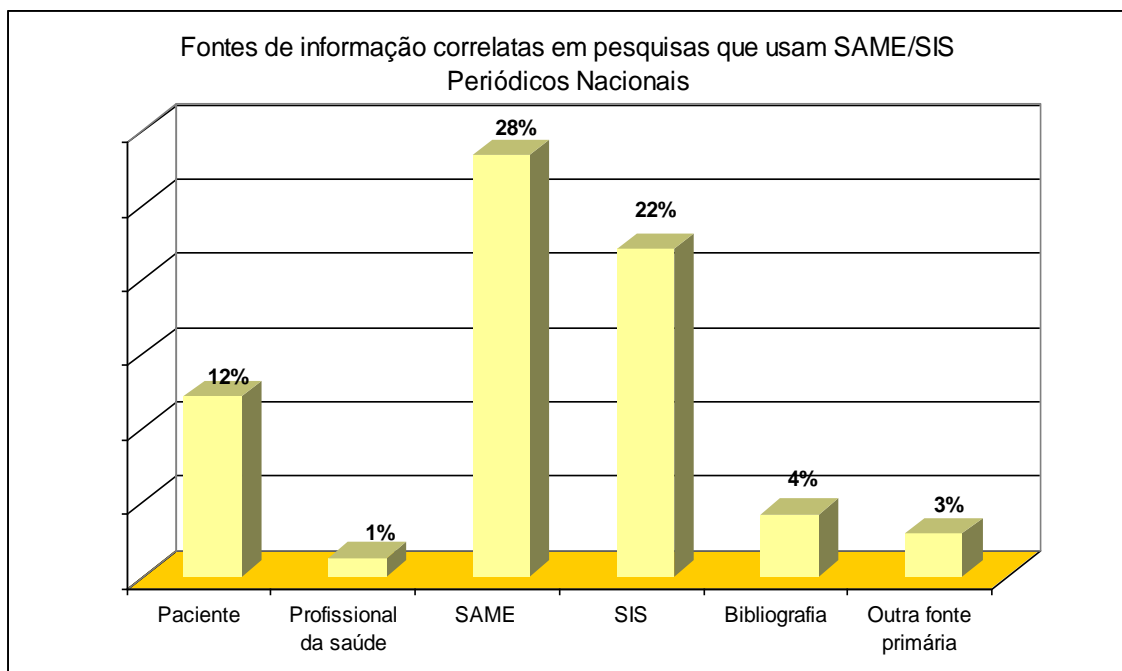


Gráfico 42: Fontes correlatas em artigos que usam SAME/SIS em periódicos nacionais
Fonte: o autor.

Por outro lado, entre os artigos que não se valem de dados provenientes de SAME e SIS, verifica-se a exploração de outras fontes, cuja ocorrência é apresentada pelo Gráfico 43. Observa-se no referido gráfico que a grande maioria dos estudos que dão origem a estes textos, que são publicados em periódicos de alcance nacional, ou seja, 15%, são baseados em dados coletados diretamente dos usuários de serviços de saúde, os pacientes.

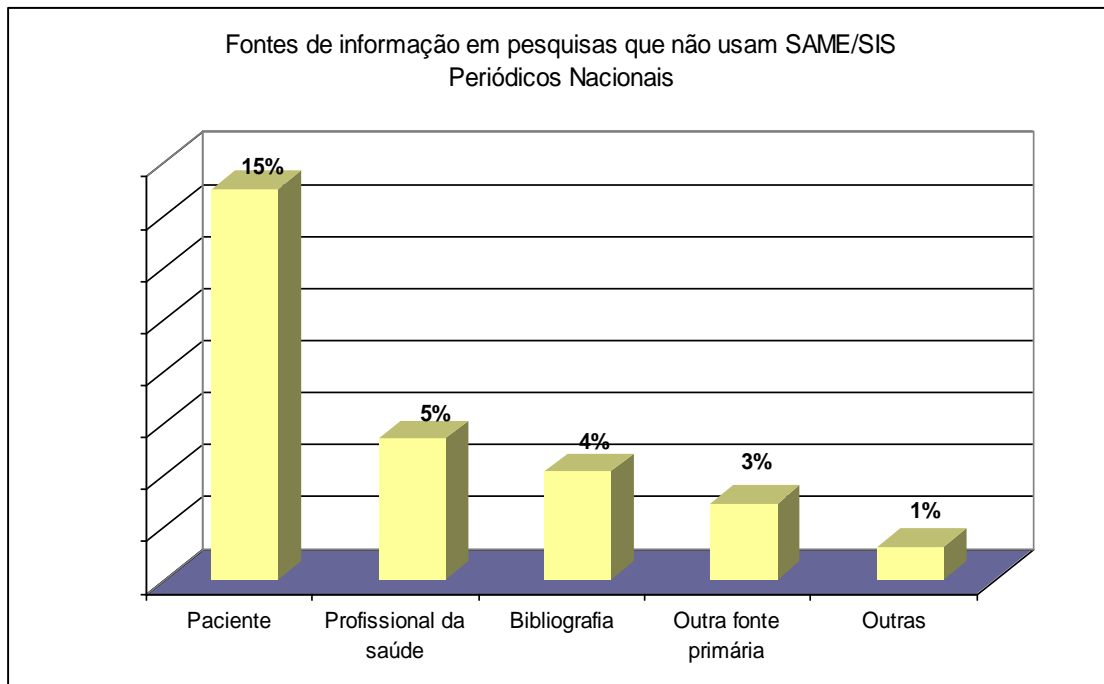


Gráfico 43: Fontes de dados em artigos que não usam SAME/SIS em periódicos nacionais
Fonte: o autor.

O Gráfico 43 ainda revela que 5%, 4% e 3% dos artigos publicados em periódicos nacionais e que não usam SAME/SIS, servem-se de dados provenientes, respectivamente, de profissionais da saúde, de fontes bibliográficas e de outras fontes primárias. Há, também, em 1% dos textos desta categoria, o relato do uso de outras fontes de dados.

Em resumo, os artigos que são publicados em periódicos nacionais, em sua grande maioria, fazem uso de SAME e/ou SIS, em uma proporção equivalente a 60% dos textos analisados nesta categoria. Por outro lado, os artigos que não referenciam o uso destas fontes, publicados nesta categoria de revistas, assim como aqueles publicados em periódicos de abrangência internacional, apresentam uma predileção por dados coletados diretamente dos sujeitos humanos, ou seja, de pacientes.

7.3.3 Em periódicos de abrangência regional

Entre os periódicos regionais há uma clara predominância de pacientes como fontes de informação relatadas. Um ponto importante a se destacar entre as publicações desta categoria é o grande número de pesquisas que analisam dados coletados de profissionais da saúde. O Quadro 46 demonstra a frequência de ocorrência para cada fonte relatada.

Fontes utilizadas em publicações regionais			
Relação de fontes	Usam SAME/ SIS	Não usam SAME/ SIS	Parcial
Paciente	27	31	58
Profissional da saúde	3	41	44
SAME	47	0	47
SIS	4	0	4
Bibliografia	2	21	23
Outra fonte primária	1	7	8
Outras	0	3	3
Total	84	103	187

Quadro 46: Fontes de dados utilizadas em periódicos regionais
Fonte: o autor.

A prevalência do uso de dados coletados diretamente de pacientes fica evidente ao observar o Gráfico 44, que aponta a referência do uso destas fontes por 31% dos artigos publicados em periódicos regionais. Em seguida vê-se a ocorrência dos SAME e de profissionais da saúde, com frequências semelhantes, equivalentes a 25% e 24%, respectivamente.

As pesquisas puramente de revisão ou baseadas somente em fontes bibliográficas representam 12% das publicações em revistas desta categoria. Ainda observa-se, com menor frequência, a manipulação de informações provenientes de outras fontes primárias (4%), SIS (2%) e outras fontes diversas (2%).

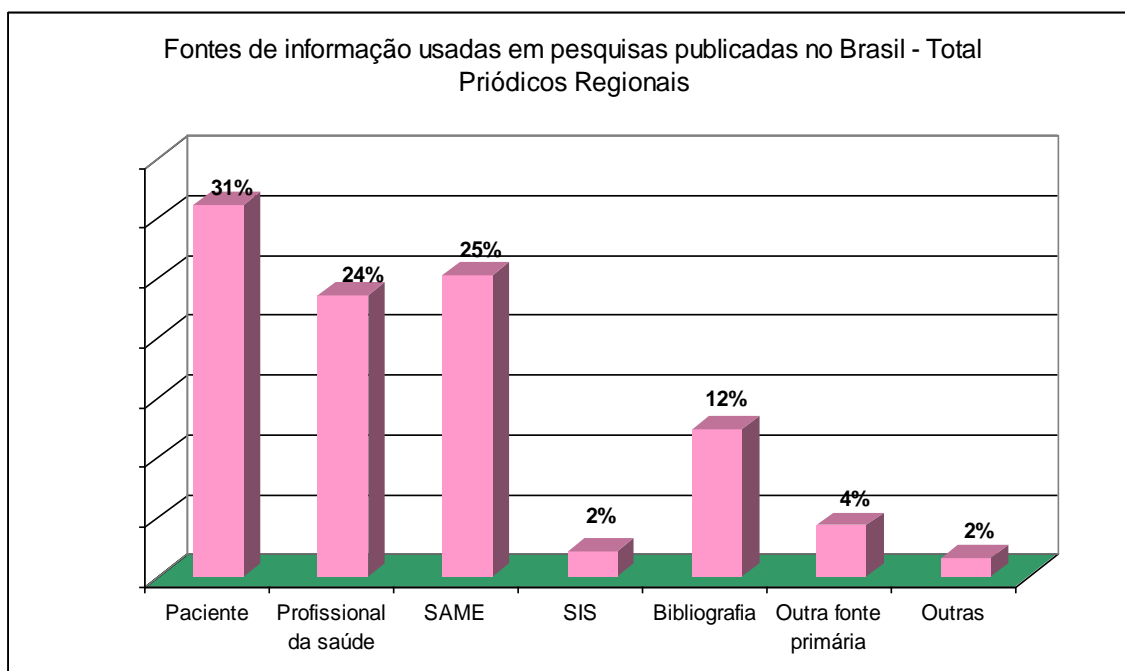


Gráfico 44: Fontes de dados utilizadas em periódicos regionais
Fonte: o autor.

Entre os artigos que servem-se das fontes objeto desta tese, ou seja, aqueles que usam SAME e/ou SIS em suas pesquisas, a grande maioria relata o uso de dados provenientes de SAME, referenciados por 25% dos textos analisados, conforme mostra o Gráfico 45. Aliando o emprego de SAME e SIS, verifica sua ocorrência em 27% (somados aos 2% que usam SIS) dos artigos publicados em revistas de alcance regional, do sul do Brasil.

Em segundo lugar, entre as publicações desta mesma categoria, ainda conforme o Gráfico 45, verifica-se a ocorrência de dados coletados diretamente de pacientes, em 14% destes artigos. Com ocorrência consideravelmente menos frequente observa-se o emprego de dados provenientes de profissionais da saúde (2%), SIS (2%), fontes bibliográficas (1%) e outras fontes primárias (1%).

Ressalta-se que coincidem, na categoria de publicações periódicas de nível regional, a maior parcela de autoria corresponde aos profissionais da saúde e a grande parcela destes mesmos profissionais como fontes de dados das pesquisas desenvolvidas (24% das fontes).

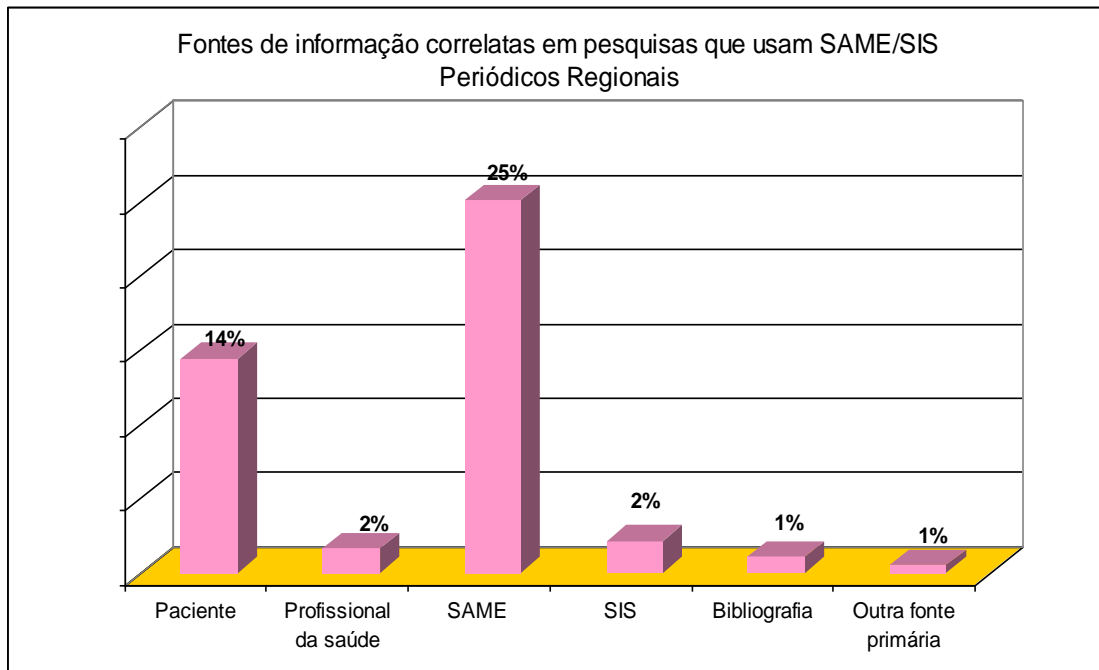


Gráfico 45: Fontes correlatas em artigos que usam SAME/SIS em periódicos regionais
Fonte: o autor.

Por outro lado, entre as publicações que não manejam as fontes de informação objeto desta investigação, a análise refletida pelo Gráfico 46 revela uma situação surpreendente, onde 22% dos artigos tem como sujeitos de suas investigações profissionais da saúde. Em seguida, vê-se que 17% dos artigos deste grupo fazem uso de dados coletados diretamente dos pacientes.

Ainda no mesmo gráfico, vê-se uma boa parcela dos artigos (correspondendo a 11% dos artigos que não usam SAME/SIS) desta categoria constituem estudos exclusivamente bibliográficos. Há ainda entre estes textos, um uso expressivo de outras fontes primárias, equivalente a 4%, e, por fim, 2% destes textos relatam o uso de outras fontes de informação.

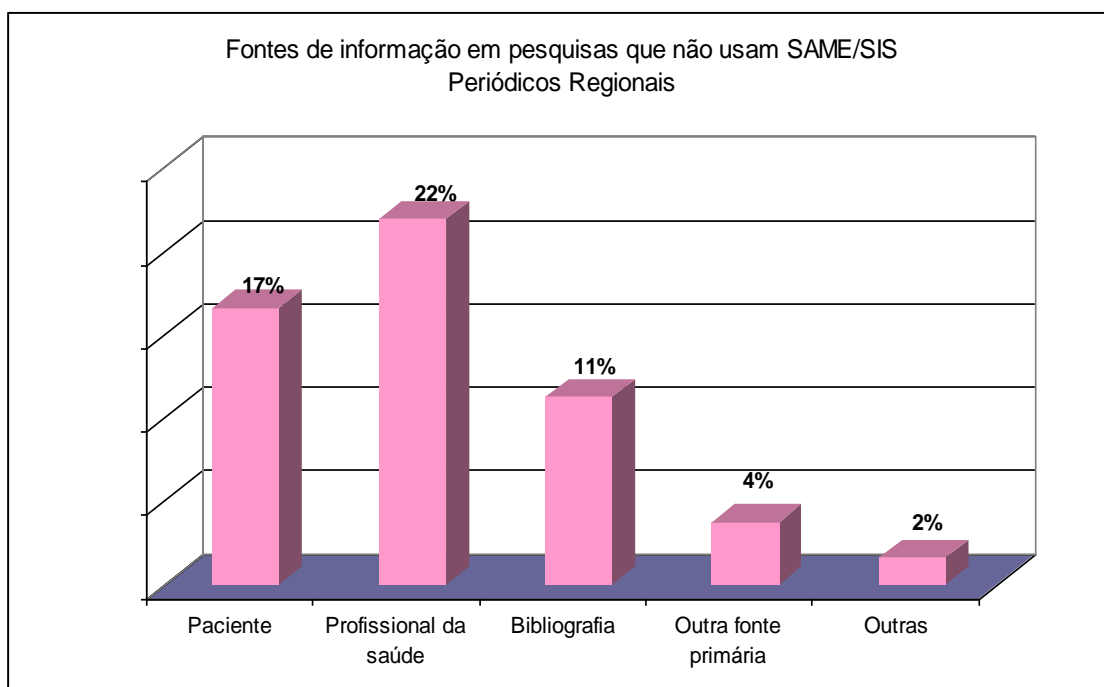


Gráfico 46: Fontes correlatas em artigos que não usam SAME/SIS em periódicos regionais
 Fonte: o autor.

Em síntese, pode-se declarar que os artigos publicados em periódicos de alcance regional, do sul do Brasil, são baseados em dados coletados diretamente de pacientes. Já os textos que relatam a manipulação de informações provenientes das fontes que são objeto deste estudo, há uma predominância do uso de dados coletados de prontuários de pacientes (contidos em SAME). Por outro lado, concluiu-se que entre os artigos que não referenciam o uso de SAME e/ou SIS, a grande maioria utiliza profissionais da saúde como sujeitos e fontes de dados em suas pesquisas.

7.3.4 Análise do uso de fontes de informação em pesquisas publicadas

Este subcapítulo visa a apresentação e discussão dos dados referentes a totalidade dos artigos examinados, independentemente da categoria de periódico onde encontram-se publicados. Isto quer dizer que serão analisadas as ocorrências das 654 diferentes fontes de dados identificadas nos 467 artigos estudados.

O Quadro 47 exibe as ocorrências de cada fonte de informação em três situações diferentes: na segunda coluna, encontram-se os números referentes aos artigos que exploram dados provenientes de SAME e/ou SIS, a terceira, aos que não os usam, e na quarta, os dados totais de todos os artigos.

Pode-se asseverar, vendo o Quadro 47, que a fonte de informação mais frequentemente consumida são os pacientes, e, em segundo lugar, figuram os arquivos médicos. Porém, se tomarmos arquivos médicos e Sistemas de Informação em Saúde combinados como fontes de mesma natureza, observa-se que estes superam os pacientes em números de consultas realizadas por pesquisas publicadas na área da saúde no Brasil.

Fontes utilizadas em publicações			
Relação de fontes	Usam SAME/ SIS	Não usam SAME/ SIS	Total
Paciente	94	98	192
Profissional da saúde	15	69	84
SAME	165	0	165
SIS	97	0	97
Bibliografia	21	45	66
Outra fonte primária	14	23	37
Outras	3	10	13
Total	409	245	654

Quadro 47: Fontes de informação usadas em pesquisas publicadas no Brasil
Fonte: o autor.

Entre os textos que referenciam o uso das fontes objeto deste estudo (dados da segunda coluna do Quadro 47), o predomínio é do uso de SAME, já entre aqueles que não usam as fontes estudadas (dados da terceira coluna), a prevalência é do uso de dados coletados diretamente de pacientes.

Para fins desta análise, foram separados os dados referentes aos artigos que envolvem o uso de informações provenientes de SAME e/ou SIS daqueles que não usam estas fontes, que são objeto desta investigação. Observa-se no Gráfico 47, na última dupla de colunas, que 63% do total de

artigos analisados referenciam o uso de SAME e/ou SIS em suas pesquisas, enquanto que 37% não envolvem dados destas fontes.

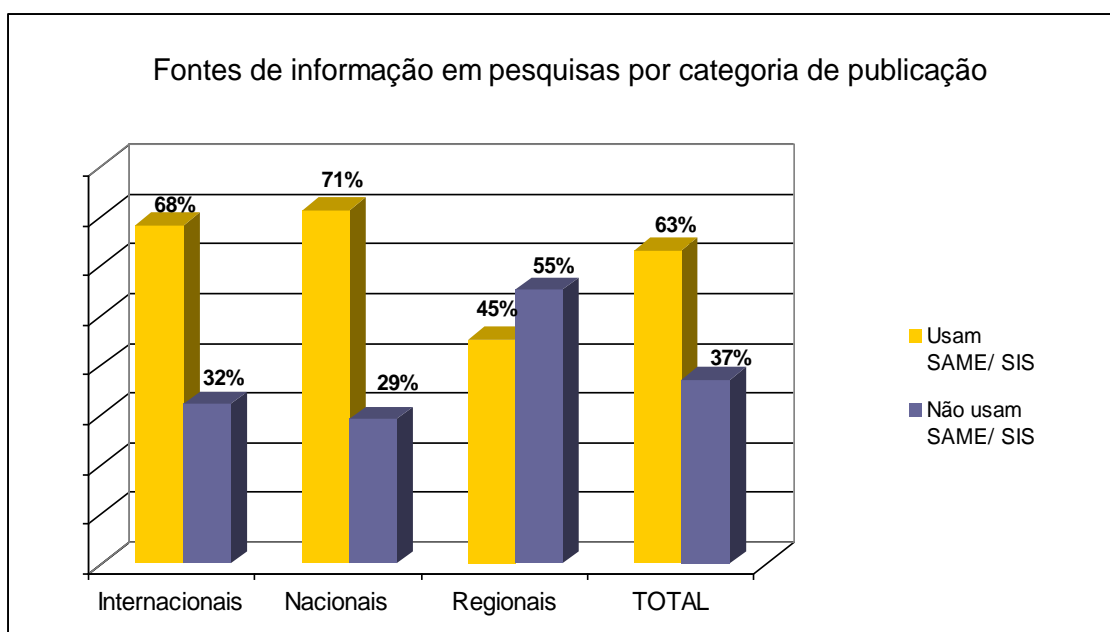


Gráfico 47: Fontes de informação em pesquisas por categoria de periódico
Fonte: o autor.

O Gráfico 47 ainda apresenta as fontes de informação envolvidas em cada categoria de periódicos estudados. Pode ser visto que entre os artigos publicados em periódicos de abrangência internacional, 68% manejam dados provenientes de arquivos médicos (prontuários de pacientes) e/ou de algum dos Sistemas de Informação em Saúde do SUS, por outro lado, 32% fazem uso das outras fontes de informação analisadas anteriormente (pacientes, profissionais da saúde, bibliográficas, outras fontes primárias e outras fontes).

Ainda reparando no mesmo gráfico, é possível afirmar que entre os artigos publicados em periódicos de nível nacional, 71% relatam o emprego de informações provenientes de SAME e/ou SIS, enquanto apenas 29% não usam estas fontes. É nesta categoria de revistas que pode ser observada a maior prevalência do uso das fontes de informação que são objeto desta tese, ou seja, dentre as publicações de alcance nacional ocorre a maior diferença entre o número de pesquisas que usam e aqueles que não usam estas fontes.

Por fim, o Gráfico 47 ainda demonstra que, na categoria de periódicos de alcance regional, os estudos publicados que exploram informações coletadas de SAME e/ou SIS representam uma parcela equivalente a 45%, enquanto os que não usam estas fontes correspondem a 55% dos artigos publicados nesta categoria de periódicos. As revistas de alcance regional editadas na região sul do Brasil constituem o grupo de publicações onde encontra-se a menor ocorrência do uso das fontes de informação objeto deste estudo. Este dado pode ser ratificado pelos dados referentes aos locais de aplicação das pesquisas, analisados no item 7.1.4, onde é possível verificar que na região sul ocorre uma das menores frequências de artigos que usam SAME/SIS em relação aos que não usam.

Analisando somente os artigos usuários das fontes objeto deste estudo, e separando SAME e SIS, o Gráfico 48 apresenta uma análise das fontes que são exploradas simultaneamente. Pode-se observar o uso, em 14% dos estudos que envolvem informações provenientes de SAME e ou SIS, o emprego de dados coletados diretamente dos pacientes. Em seguida, observa-se o uso concomitante de SAME e/ou SIS com informações coletadas de profissionais da saúde em 2% dos artigos analisados.

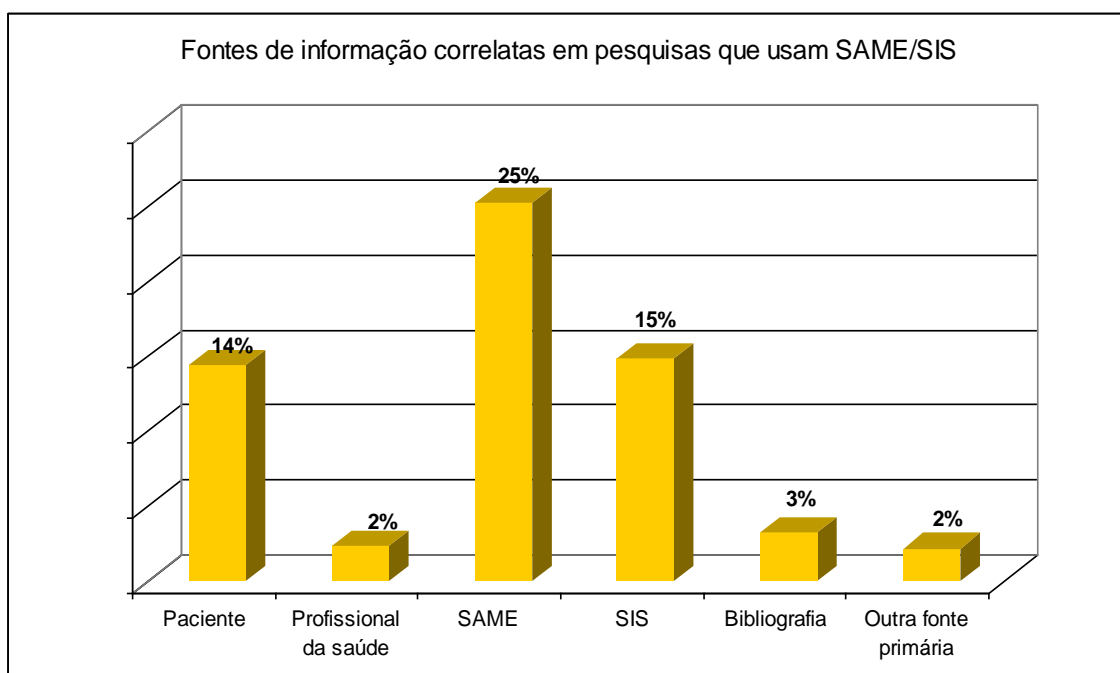


Gráfico 48: Fontes de informação correlatas em pesquisas que usam SAME/SIS
Fonte: o autor.

O mesmo gráfico ainda mostra que 25% dos textos investigados usam somente SAME ou SAME e SIS, assim como 15% usam somente SIS ou SIS e SAME. Por fim, vê-se o uso concomitante destas fontes, em 3% dos artigos, com fontes bibliográficas e em 2%, com outras fontes primárias.

Por outro lado, entre os artigos que não usam SAME/SIS, o Gráfico 49 aponta que 15% explora dados coletados diretamente de pacientes e 11% diretamente de profissionais da saúde. Ainda vê-se que 7% dos artigos realizam estudos bibliográficos, 4% empregam informações provenientes de outras fontes primárias (excetuados os arquivos médicos) e, por fim, 2% usam informações provenientes de outras fontes.

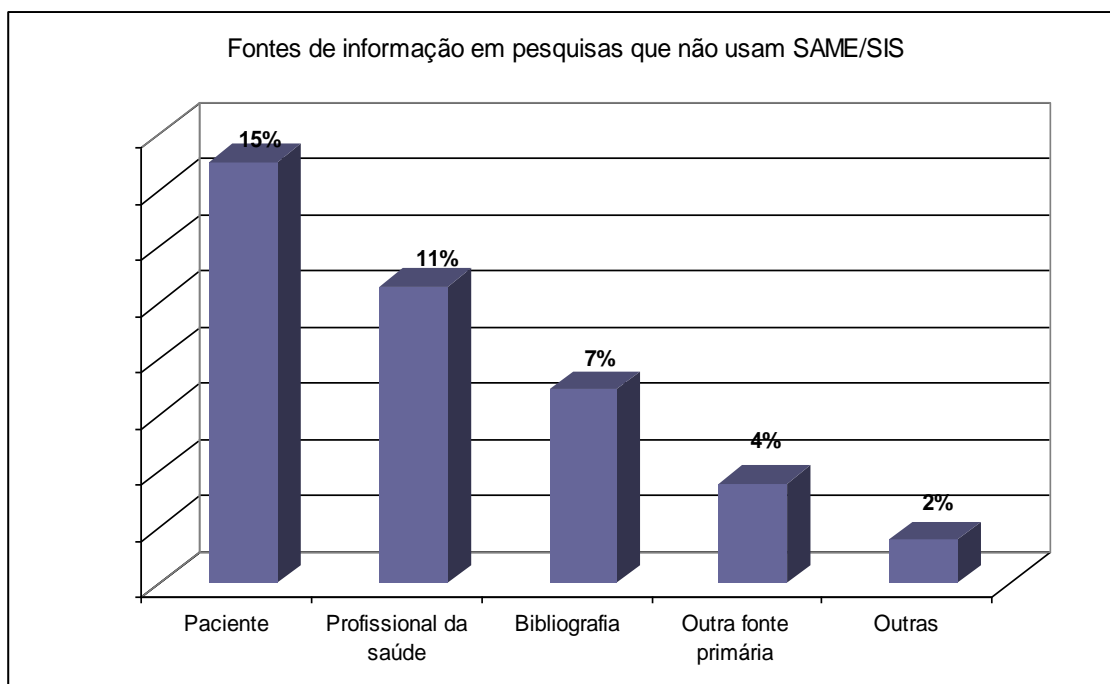


Gráfico 49: Fontes de informação em pesquisas que não usam SAME/SIS
Fonte: o autor.

Ao analisar o total de artigos publicados em periódicos brasileiros, independentemente do seu alcance (se internacional, nacional ou regional), o Gráfico 50 demonstra que a maior parcela deles, ou seja, 29%, baseia-se em dados coletados diretamente de pacientes, 13% deles referenciam o uso de informações coletadas diretamente de profissionais da saúde.

É demonstrado, ainda no Gráfico 50, que os prontuários de pacientes gerenciados pelos arquivos médicos, constituem o segundo recurso informacional mais explorado no Brasil, sendo referenciado em 25% do total de artigos publicados em periódicos brasileiros, seguidos pelas informações constantes em um ou mais dos Sistemas de Informação em Saúde do SUS, mencionados como fontes de informação por 15% dos textos científicos da área da saúde publicados no Brasil.

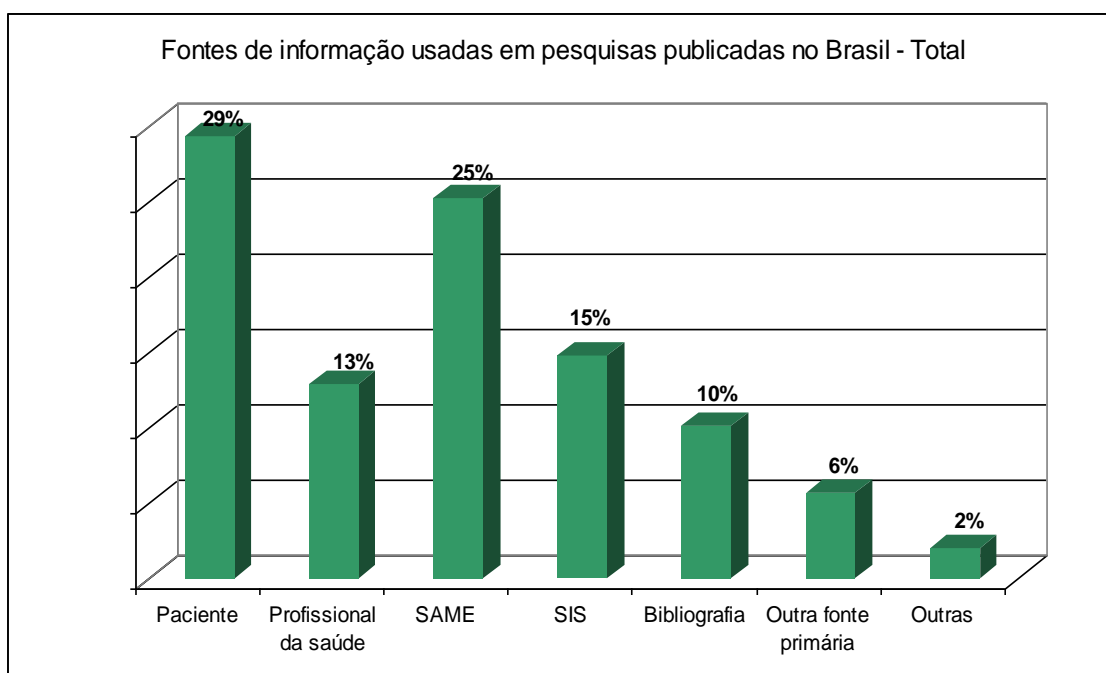


Gráfico 50: Fontes de informação usadas em pesquisas publicadas no Brasil – Total
Fonte: o autor.

Ainda pode ser visto no mesmo gráfico, com uma representatividade bastante significativa, ou seja, mencionados como fontes de informação em 13% das pesquisas analisadas, os profissionais da saúde; além das fontes bibliográficas que normalmente são exploradas por todos os artigos científicos, porém 10% dos textos analisados consistem em pesquisas puramente bibliográficas ou estudos de revisão bibliográfica.

Por fim, pode ser conferido o emprego, em 6% dos artigos estudados, de outras fontes primárias (relativas a arquivos ou a documentos de arquivo de naturezas diversas); e, em 2% dos artigos, outras fontes diversas

(incluindo pessoas que não fossem pacientes, profissionais de diversas áreas, exceto os da saúde, etc.).

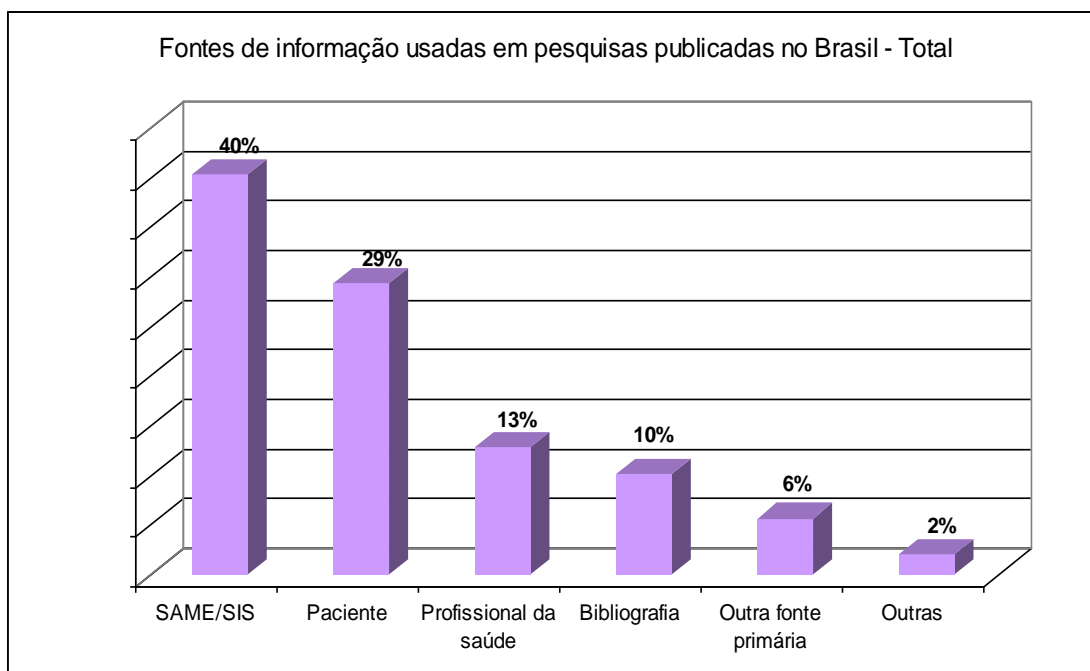


Gráfico 51: Titulação dos autores de artigos publicados por categoria de periódicos
Fonte: o autor.

Ao juntar SAME e SIS como uma só fonte, ou composta por fontes de natureza comum, abordadas neste estudo como objeto a ser explorado, observa-se que, segundo o Gráfico 51, estas constituem o recurso informacional mais frequentemente referenciados em estudos da área da saúde publicados em periódicos brasileiros, isto é, seu uso é relatado por 40% dos artigos produzidos nesta área.

Esta conjunção de fontes distintas, arquivos médicos e Sistemas de Informação em Saúde, sob uma única perspectiva denominada, SAME/SIS, justifica-se pelo fato de que, como explanado anteriormente, os dados gerenciados e compartilhados pelos Sistemas de Informação em Saúde são extraídos de diversos documentos que compõem os prontuários de pacientes, custodiados pelos arquivos médicos das diversas instituições de saúde, públicas ou privadas, integrantes ou não do SUS, ou seja, as informações de SAME e SIS provém da mesma fonte: o prontuário de paciente.

Desta forma, pode-se concluir que dados de pacientes contidos em prontuários, custodiados por arquivos médicos, e/ou em sistemas de informação criados e geridos pelo Sistema Único de Saúde brasileiro consistem na mais relevante fonte de informação para a produção de conhecimentos ou para o desenvolvimento científico na área da saúde neste país.

RESUMO DO CAPÍTULO

Os dados analisados neste capítulo permitiram delinear perfis das publicações periódicas brasileiras na área da saúde, além de abordagens e procedimentos metodológicos empregados nos artigos contidos nestas revistas. Foi possível, também, comprovar a relevância das fontes de informação para a produção do conhecimento, especialmente dos recursos contidos em prontuários de pacientes e Sistemas de Informação de Saúde para o desenvolvimento científico da saúde brasileira.

CAPÍTULO 8
CONCLUSÕES

8 CONCLUSÕES

A saúde no Brasil passou por várias fases ao longo da história do país. Um país com dimensões continentais e com tamanha diversidade cultural, social, não poderia possuir um sistema de saúde simplista ou que fizesse generalizações.

Refletindo o próprio contexto do país, o SUS possui um modelo bastante complexo. Possuindo estrutura de gestão semelhante e independente em cada esfera de governo (nacional, estaduais e municipais), com funções e atribuições bem delimitadas integradas.

O atual sistema de saúde, apesar das dificuldades, está à disposição para atender a todos os cidadãos, procurando oferecer sempre serviços de saúde de qualidade. Também, através da participação de seus clientes/usuários está em constante evolução procurando acompanhar os avanços científicos, tecnológicos, baseando-se nas necessidades reais da população.

INAMPS, SNS, SUDS, foram formas de tratar a saúde da população que, cada um ao seu tempo, tentou dar assistência da melhor forma possível. Estes sistemas, ou conjuntos de políticas de saúde, evoluíram e culminaram no que hoje é um sistema que realmente integra esforços e que, por meio de seus princípios (a universalidade, a integralidade, a equidade, a regionalização/ hierarquização, a descentralização político-administrativa e o controle social) tem demonstrado a cada dia mais eficiência.

Dentre os princípios do Sistema de saúde brasileiro, destaca-se o controle social. Através deste princípio filosófico, o SUS garante voz ao cidadão, pois permite que este participe no aperfeiçoamento e qualificação (do Sistema) por meio de um processo subsidiado pela transparência de suas ações, ou seja,

o fortalecimento da participação do cidadão se dá por meio do acesso e manejo dos recursos de comunicação e informação das instituições de saúde.

A informação constitui elemento essencial à sobrevivência do ser humano numa sociedade organizada e politizada. O acesso a informação é essencial ao processo democratizante, uma vez que mune o indivíduo de argumentos para o exercício da cidadania.

No âmbito das políticas de saúde do SUS, o cidadão tem cada vez mais participação nos processos e planejamento, e cada vez mais o acúmulo de força decisória está relacionado ao acesso à informação e a apropriação de conhecimentos.

Em outras palavras, a participação de cada indivíduo é proporcional àquilo que se coloca dentro do seu horizonte de entendimento: aqueles que detêm maior conhecimento, têm maior possibilidade de participar ativamente nas discussões críticas públicas que integram, na prática, o princípio ideológico de controle social do SUS.

Para que o encontro entre o ator social e a informação ocorra, é preciso mais do que interesse do primeiro, é necessário que se estimule a divulgação permanente de informações sobre ações e serviços de interesse público. Isso garante que o processo democrático defendido pelo SUS ocorra, pois facilita o debate por parte da população sobre ideias e projetos para sua própria saúde.

A informação em saúde é um elemento bruto, que pode ser transformado por meio da intervenção humana: processos humanos complexos de processamento dessas informações dão forma ao conhecimento. Homem e conhecimento estão intimamente conectados, um não existe sem o outro, ou seja, o conhecimento é parte integrante de uma pessoa, e ao mesmo tempo necessita do indivíduo para ser criado a partir de informações, experiências e vivências, assim como para ser compartilhado.

Uma das formas de criação ou ampliação de conhecimento é a pesquisa científica, que consiste em um conjunto de procedimentos formais usados para dar resposta a uma questão/pergunta por meio de método estruturado. Seu objetivo é ampliar os horizontes do conhecimento humano, sendo uma atividade básica de indagação e descoberta da realidade. Mais do que isso, a pesquisa é uma ação cotidiana de questionamento sistemático, um diálogo crítico permanente entre teoria e prática.

8.1 Avaliação das hipóteses

Após a apresentação e análise dos dados, faz-se necessária a revisão das hipóteses que foram levantadas no início deste estudo. Ressalta-se que estas hipóteses basearam-se no conhecimento empírico do autor desta tese, cujo desenvolvimento teve, dentre seus objetivos, confirmar ou refutar cada uma delas.

Em relação à primeira hipótese, onde afirmava-se que os arquivos médicos são usados apenas para pesquisas na área da saúde, pode-se afirmar que esta hipótese foi confirmada. Observando-se as análises dos questionamentos aplicados aos pesquisadores usuários de SAME e das publicações periódicas estudadas, dentre todos os termos identificados, todos são relativos à área da saúde.

A avaliação desta hipótese fez-se com base nos dados sobre os temas estudados pelos usuários pesquisadores apresentados no item 6.2.2 desta tese e nos dados referentes às palavras-chave utilizadas pelos autores de artigos em publicações periódicas (apresentados no item 7.1.3).

Porém, apesar dos temas pesquisados transitarem no referido âmbito, é inegável que a amplitude do alcance de palavras-chave como direito à

saúde ou saúde pública perpassam o interesse acadêmico e científico, sendo de extrema relevância para qualquer área do conhecimento.

Quanto à segunda hipótese, as pesquisas realizadas em arquivos médicos não ganham ampla divulgação, restringindo-se ao meio acadêmico, também foi confirmada pela investigação desenvolvida. As pesquisas desenvolvidas em arquivos, nem sempre são publicadas, e quando isso ocorre, publicam-se em periódicos que, mesmo quando de abrangência internacional, são especializadas e sua circulação restringe-se ao meio acadêmico, não atingindo o público geral.

Esta afirmação baseia-se nos dados contidos no Quadro 23 e nos Gráficos 18 e 19, apresentados no item 6.2.3 desta tese e que analisam as estratégias de comunicação ou divulgação dos resultados de pesquisas adotadas pelos usuários de arquivos médicos.

No que se refere ao vínculo institucional dos usuários pesquisadores de arquivos médicos, a terceira hipótese, a qual afirma que o uso de informações arquivísticas em pesquisas científicas é majoritariamente realizado por estudantes e profissionais da saúde, deve ser confirmada apenas parcialmente. Por um lado, segundo os dados coletados diretamente dos usuários por meio de questionário, a maior parte é composta por estudantes (alunos de graduação e pós-graduação), os quais, conforme figura no Quadro 14, representam 68% dos usuários, enquanto que profissionais, apesar de estarem em segundo maior número, representam apenas 19%.

Por outro lado, segundo os dados coletados das publicações, entre os autores usuários de arquivos médicos, as maiores parcelas são representadas por profissionais e docentes, sendo que os estudantes compõem apenas 19% dos autores de pesquisas publicadas.

Como afirmado anteriormente no item 7.1.1 desta tese, estes dados indicam que, apesar de a coleta de dados em prontuários ser feita

majoritariamente por estudantes, os autores principais dos artigos elaborados a partir destes dados e publicados são docentes e profissionais da saúde.

Partindo-se destas considerações, pode-se chegar a duas conclusões: ou os estudantes fazem parte de equipes de pesquisa e encarregam-se somente da coleta de dados em prontuários, figurando, desta forma, entre os autores secundários dos artigos publicados, ou as pesquisas desenvolvidas por estudantes não chegam a ser publicadas em periódicos.

A quarta hipótese afirma que as pesquisas de que trata este estudo, possuem, em sua grande maioria, abordagens quantitativas. Esta hipótese deve ser totalmente refutada, pois segundo as informações prestadas pelos pesquisadores usuários de arquivos médicos, a maior parte dos estudos elaborados a partir de dados coletados de prontuários de pacientes utiliza-se de métodos mistos de análise de dados, ou seja, abordagens quali-quantitativas.

Esta justificativa de recusa desta hipótese é reforçada pelos dados analisados, coletados de artigos em publicações periódicas, que também apontam para o predomínio deste mesmo tipo de abordagem em pesquisas publicadas baseadas em informações arquivísticas.

Os pesquisadores que usam os arquivos médicos, usam também dados dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS). Esta quinta hipótese deve ser parcialmente refutada, pois apenas uma pequena parcela dos pesquisadores usuários de arquivos médicos usam também dados provenientes de algum dos SIS. Segundo dados fornecidos pelos próprios usuários, apenas 11% usam estes dados, já a análise das publicações aponta que esta parcela representa 22% dos artigos estudados que usam dados de SAME e SIS concomitantemente.

No que se refere ao controle de acesso e uso de prontuários em pesquisa, confirmou-se a afirmação da sexta hipótese: o uso de informações de arquivos médicos pressupõe submissão a Comitês de Ética em Pesquisa, visto

que são dotadas de algum grau de sigilo. Segundo dados fornecidos pelos Serviços de Arquivo Médico e Gerências dos HUF's brasileiros, todas as instituições exigem que os pesquisadores submetam seus projetos de pesquisa a comitês de ética para que seja autorizado o acesso e uso de informações de pacientes contidas em prontuários.

A sétima e última hipótese, apesar de subjetiva, pois afirma que os arquivos médicos possuem um potencial muito além do explorado atualmente, pode ser confirmada. Esta confirmação pode ser baseada na diferença entre o número de prontuários contidos nos arquivos médicos, e o número de prontuários consultados.

Os dados fornecidos pelos arquivos médicos indicam que o volume médio em cada instituição se aproxima de 1000000 (um milhão) de prontuários, por outro lado, segundo os funcionários dos SAME's, são atendidos em média 8 pesquisadores por dia e a cada um deles é fornecido um limite de 20 prontuários por dia, portanto são usados 160 prontuários por dia em pesquisas nos arquivos médicos, em média.

Esta análise cruzada permite afirmar que apenas uma parcela de 0,016% dos prontuários contidos nos arquivos médicos de hospitais universitários federais brasileiros são explorados por pesquisas científicas. Este valor representa uma parte ínfima, quase insignificante do volume de informações contidas em prontuários de pacientes, o que além de confirmar a hipótese, surpreende pela sua magnitude.

8.2 Alcance dos objetivos propostos

A presente investigação obteve resultados satisfatórios em atendimento a todos os objetivos propostos, uma vez que conseguiu responder satisfatoriamente às inquietações que levaram a sua realização. Apesar da falta

de bibliografia específica, foi possível encontrar, em materiais de áreas afins, conceitos e pontos de vista bastante construtivos quando combinadas e interpretadas seguindo os objetivos propostos inicialmente.

A análise do contexto de construção do conhecimento por meio de pesquisas científicas na área da saúde no Brasil foi possível por meio da divisão dos procedimentos metodológicos do estudo em etapas que visavam o cumprimento de cada objetivo específico.

O primeiro objetivo específico (**OE1**) alcançado foi conhecer o SUS, sua origem histórica e seus princípios filosóficos, seu modelo de gestão, financiamento e processos de tomada de decisões. Por meio do estudo da vasta bibliografia disponível sobre o assunto, foi possível reconhecer facilmente o SUS como um sistema de saúde pública relativamente novo, que prima pelo atendimento universal e holístico de toda a população brasileira, independentemente de sua situação socioeconômica ou da localização de seu domicílio.

Também foi possível reconhecer a importância da participação popular, ou controle social para a tomada de decisões por meio da adoção de conselhos consultivos e deliberativos com participação ativa dos atores de diferentes setores da sociedade. Além disso, o modelo de gestão e financiamento envolve as diversas esferas e camadas de poder dos governos federais, estaduais e municipais.

O segundo objetivo específico (**OE2**), correspondente à análise dos diferentes aspectos que envolvem o termo informação, como o tratamento, o direito ao acesso e os usos, assim como a transparência na administração pública e a informação como elemento fundamental ao exercício da cidadania, também foi facilmente atingido por meio do estudo da vasta bibliografia disponível sobre o tema.

Por outro lado, o terceiro objetivo específico (**OE3**), foi atingido, em algumas partes com facilidade, em outras com certa dificuldade. O estudo do universo da produção do conhecimento por meio de pesquisas científicas, seus métodos e importância possuem abundante conteúdo a ser analisado, por outro lado, no que se refere à questão do uso de fontes de dados e de informações, principalmente no uso de fontes arquivísticas, ou mais especificamente, aquelas contidas em prontuários de pacientes, para a produção do conhecimento, as referências são escassas ou defasadas.

O tema arquivos médicos é especialmente pouco estudado por teóricos da arquivologia, sendo mais explorados por profissionais e cientistas da área da saúde, o que ocasiona, na melhor das hipóteses, conflitos referentes à terminologia especializada adotada por estes autores e aos princípios arquivísticos.

Já em relação aos SIS, existe bastantes referências em estudos publicados, na maioria das vezes editados pelo próprio Ministério da Saúde brasileiro, o que por um lado demonstra sua preocupação em divulgar estas fontes de informação, mas por outro lado não permitem uma visão mais crítica sobre estes sistemas que foram criados e são gerenciados por esta mesma instituição.

A análise do contexto das fontes de informação em saúde no Brasil, especialmente aquelas custodiadas por arquivos médicos de HUF's, que foram propostas estudadas pelo quarto objetivo específico (**OE4**), e foi desenvolvido em dois momentos: o primeiro junto às instituições de saúde mencionadas e o segundo os usuários pesquisadores dos arquivos médicos destas instituições.

No primeiro momento, a identificação da população e seleção da amostra foram executadas com facilidade, porém o contato com as instituições foi bastante difícil por dois motivos: pela distância geográfica, que tornou a coleta de dados presencial inviável, e pela falta de interesse das instituições em participar voluntariamente da pesquisa. Foi necessário, então, recorrer às

ferramentas da LAI, que por um lado obrigaram o fornecimento das respostas ao instrumento, por outro limitaram a amplitude e detalhamento deste instrumento.

O segundo momento do desenvolvimento do quarto objetivo específico foi a aplicação de um questionário aos usuários dos arquivos médicos de instituições de saúde que fizeram parte da amostra. A maior dificuldade neste caso foi a impossibilidade de identificação da população de usuários pesquisadores, fazendo com que definição do tamanho da amostra não pudesse ser determinado.

A elaboração dos instrumentos de coleta de dados nos dois momentos deste objetivo precisou basear-se na experiência pessoal, acadêmica e profissional do autor desta tese, dada a falta referências e protocolos tanto para a coleta quanto para o tratamento de dados de pesquisas com objetivos semelhantes aos pretendidos nesta investigação.

O último objetivo específico (**OE5**), que pretendeu identificar e analisar o perfil da produção científica brasileira na área da saúde, encontrou dificuldades semelhantes às do objetivo anterior, na identificação da população, dado o imenso volume de publicações periódicas editadas no Brasil e a inexistência de estudos que as identifiquem, classifiquem e cataloguem; além da falta de referências de procedimentos metodológicos em investigações anteriores.

Apesar destas dificuldades, a relevância dos dados coletados e dos resultados obtidos a partir destes dois objetivos específicos propostos é inegável, pois eles abrem precedentes para a realização de estudos futuros que poderão possuir objetivos semelhantes, porém com maior grau de precisão e rigor científico muito mais elevados, com modelos metodológicos que podem vir a validar os empregados para realização desta investigação.

8.3 Estudos futuros

O presente trabalho pretendeu levantar questionamentos a respeito dos arquivos como aliados do povo para garantia de seus direitos. Futuramente podem-se efetuar estudos semelhantes, a fim de compreender como tudo o que foi aqui discutido ocorre na prática em situações semelhantes ou distintas.

Um arquivo médico é um arsenal informacional de inesgotáveis possibilidades. Além de servir de base para as equipes multiprofissionais que tratam da saúde dos usuários da instituição, e como instrumento para a gestão da própria instituição, apresenta outras possibilidades destacáveis, como por exemplo, a pesquisa em saúde. Os prontuários dos pacientes possuem todas as informações sobre seus sintomas, prováveis diagnósticos, doenças, tratamentos, reações, etc., toda a vida do paciente dentro da instituição de saúde (e alguns detalhes de sua vida fora dela).

Há algumas possibilidades de estudos futuros levantados por esta investigação, provenientes das dificuldades encontradas no desenvolvimento desta tese, ou de dados já coletados que poderiam ser analisados desde outros pontos de vista, ou ainda comparados a outros que possam vir a ser coletados.

Uma possibilidade de estudo futuro poderia ter como objetivo a identificação da população ou de populações de usuários de arquivos médicos, em hospitais universitários ou não, em cada região do país. Os dados resultantes, além de fornecer uma percepção diagnóstica dos arquivos, alimentaria inúmeras outras pesquisas.

Também poderiam ser efetuados levantamentos mais amplos das publicações periódicas da área da saúde, com o mesmo objetivo, a identificação de dados gerais e totais destes textos, para que fosse possível determinar amostras para diversos estudos.

A partir dos dados já coletados sobre as publicações da área da saúde, podem ser realizadas análises com outros pontos de vista, como por exemplo, um estudo mais aprofundado das temáticas abordadas pelas pesquisas publicadas, se seguem uma linha comum aos interesses do país, ou de fora do país, ou, ainda, comparadas às temáticas publicadas em outros países.

A aplicação deste estudo, principalmente a etapa relativa ao quarto objetivo específico (**OE4**), para a identificação do contexto das fontes de informação arquivística em hospitais privados, poderia apresentar semelhanças do potencial que estes possuem para a pesquisa, ou diferenças nas rotinas que envolvem o uso de prontuários por pesquisadores e diversos outros aspectos.

Naturalmente um local com tanta riqueza de informação estruturada desperta interesse da comunidade acadêmica que busca constantemente por novos conhecimentos. O prontuário serve como base para inúmeros estudos científicos, que resultam, por sua vez em trabalhos, que são normalmente publicados ou divulgados, fazendo com que informações importantes sobre a situação da saúde de uma região, ou mesmo do país (em casos de estudos mais amplos e complexos) sejam levadas a conhecimento da comunidade.

É esse compartilhamento de informações e conhecimentos, apesar de representar apenas uma parcela da produção, que dota o cidadão de recursos para participar ativamente de discussões a respeito de políticas do SUS, isso quer dizer que, como já se afirmou anteriormente, a democratização da informação é essencial para o pleno exercício do controle social, tão importante para a manutenção do sistema de saúde brasileiro

Ao levantar este debate, espera-se abrir os olhos dos arquivistas e da sociedade para os arquivos de instituições de saúde, os quais andam relegados, subvalorizados no nosso país, carentes de políticas arquivísticas como um todo, mas principalmente de políticas de difusão, com as quais haveria

uma ampliação da procura e uso deste arsenal informacional pelas academias e pela população em geral.

Acredita-se que, pelo fato de o tema ser pouco conhecido, e pelo fato de não haver muita bibliografia específica relacionando o controle social nos sistemas públicos de saúde e os arquivos de instituições de saúde do Brasil, este trabalho, assim como trabalhos futuros, abrirão novos horizontes para profissionais da informação e de ciências da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO/ABEP-GT. **Informação em saúde e população: informação em saúde a serviço da sociedade**. Rio de Janeiro. 1993.

ALMEIDA, M. F. Descentralização de sistemas de informação e o uso das informações a nível municipal. In: **Informe Epidemiológico do SUS**. [S. I.] V. 7, n.º 3, 1998.

ALMEIDA, M. F.; *Et Al.* Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC: uma avaliação de sua trajetória. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A experiência brasileira em sistemas de Informação em Saúde**. Brasília: MS, 2009. V. 1, p. 11 – 37.

ANDRADE, M. Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

ANGELONI, M. T. **Elementos Intervenientes na Tomada de Decisões**. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 05 de janeiro de 2007.

ARENDDT, H. **A condição humana**. Tradução: Roberto Raposo. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.

ARQUIVO NACIONAL. **Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2005.

BACHELARD, Gaston. **O novo espírito científico**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1968.

BALDIJÃO, M. F. A. Sistemas de Informação em Saúde. In: **Perspect.**, [S. I.] V. 6, n. 4, 1992, p. 21 – 29.

BARATA, R. B. Saúde e direito à informação. In: **Cadernos de Saúde Pública**. V. 6. N. 4. Rio de Janeiro, 1990.

BARATA, R. B. Epidemiologia Social. In: **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], V. 8, n. 1, 2005, p. 1 – 17.

BEUREN, Ilse Maria. **Gerenciamento da informação** : um recurso estratégico no processo de gestão empresarial. 2 ed. São Paulo : Atlas, 2000.

BLOIS M.S.: SHORTLIFFE E.H. The Computer Meets Medicine: Emergence of a Discipline. In: Shortliffe, E.H.; Perreault, L.E. **Medical Informatics: Computer Applications in Health Care**. New York: Addison-Wesley Publishing, p.3-36. 1990.

BOFF, Luiz Henrique. **Gestão do conhecimento**. Porto Alegre: UFRGS, 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1998.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988/ obra coletiva de autoria da Editora Saraiva. 24 ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2000. (Coleção Saraiva de Legislação).

BRASIL. Lei N.º 8.080, 19 de setembro de 1990. In: **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2006.

BRASIL. Lei N.º 8.689, 27 de julho de 1993. In: **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2006.

BRASIL. **Lei nº8.159**, de 8 de janeiro de 1991. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 jan. 1991. Disponível em: <<http://www.arquivonacional.gov.br/conarq>>. Acesso em 10 de janeiro de 2009.

BRASIL. **Lei nº9.507**, de 12 de novembro de 1997. Regula o direito de acesso a informações e disciplina o rito processual do hábeas data. Diário Oficial da União, Brasília: DF, 1997. Disponível em: <<http://www.arquivonacional.gov.br/conarq>>. Acesso em: 25 de janeiro de 2009.

BRASIL. **Lei n.º 12.527**, de 18 de novembro de 2011. Regulamenta o acesso as informações [...] e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 23 de julho de 2014.

CAETANO, R. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A experiência brasileira em sistemas de Informação em Saúde**. Brasília: MS, 2009. V. 2, p. 41 – 64.

CAMARGO JR, Keneth Rochel, *Et Al*. Informação e avaliação em saúde. In: MATTA, Gustavo Correa (Org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

CARDOSO, Janice Miranda. Comunicação e saúde: desafios para fortalecer o SUS, ampliar a participação e o controle social. In: **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2007.

CARVALHO, Dea M. T. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH-SUS. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A experiência brasileira em sistemas de Informação em Saúde**. Brasília: MS, 2009. V. 1, p. 47 – 70.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. 7. ed.

CARVALHO, L. F. Serviço de arquivo médico e estatística de um hospital. 2. ed. São Paulo: LTr/MEC, 1977.

CASA ANDRÉ LUIZ. **Serviço de Arquivo Médico e Estatística**. Disponível em: <<http://www.andreluiz.org.br/interno.php?id=111600>>. Acesso em 10 de julho de 2010.

CASTELLS, Manuel. A internet e a sociedade em rede. In: MORAIS, Denis (Org.). **Por uma outra comunicação**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

CASTRO, Regina Célia Figueiredo. **Comunicação científica na área de saúde pública: perspectivas para a tomada de decisão em saúde baseada em conhecimento**. Tese. São Paulo: USP. 2003. Disponível em: <<http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/2003/cas001.pdf>>. Acesso em 03 de abril de 2007.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

COELHO, Karla Santa Cruz. **Indicadores materno-neonatais na saúde suplementar: uma análise dos Sistema de Informações de Produtos**. [TESE]. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2004. 124 p.

COHRED (*Council on Health Research for Development*). **Pesquisa para saúde: Por que pesquisa em saúde? textos para tomada de decisão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

COIMBRA JUNIOR, Carlos E. A. Produção científica em saúde pública e as bases de dados bibliográficas internacionais. In: **Caderno de Saúde Pública**.

V.15(4), 1999, P. 883-888. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n4/1028.pdf>>. Acesso em 19 de Novembro de 2008.

CONASS [Brasil]. **Para entender o SUS:** programa de informações e apoio técnico às novas equipes gestoras estaduais do SUS de 2003. Brasília: CONASS, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Parecer CFM N.º 1.639 de 2002.** Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/php/pesquisa_resolucoes.php>. Acesso em 13 de março de 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM N.º 1.331 de 1989.** Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/php/pesquisa_resolucoes.php>. Acesso em 13 de março de 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM N.º 1.821 de 2007.** Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/php/pesquisa_resolucoes.php>. Acesso em 13 de março de 2010.

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. **Acesso à informação pública: uma introdução à Lei 12.527, de 18 de novembro de 2011.** Brasília: CGU, 2011.

CÔRTEZ, S. M. V. Técnicas de coleta e análise qualitativa de dados. In: **Cadernos de Sociologia.** Pesquisa social empírica: Métodos e técnicas. n. 9, p. 11-47, 1998.

COSSÍO, F. A. B. **Comportamento fiscal dos governos estaduais brasileiros: determinantes políticos e efeitos sobre o bem-estar dos seus estados.** Brasil. Secretaria do Tesouro Nacional. Finanças públicas. V Prêmio Tesouro Nacional. Brasília: ESAF, 2001.

DAHL, R. ***A preface to democratic theory***. Chicago: The University of Chicago Press, 1956.

DAVENPORT, Thomas H., PRUSAK, Laurence. **Conhecimento empresarial: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual**. 2 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

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

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Paris, 1948. Disponível em http://www.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm. Acesso em 15 abril 2005

DEMO, Pedro. **Participação é conquista: noções de política social participativa**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

DICIONÁRIO BRASILEIRO DE TERMINOLOGIA ARQUIVÍSTICA (DBTA). Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2005.

DRUCKER, Peter. apud MANO, Cristiane. A quarta onda: entrevista com Alvin Toffler. In: **Exame**. São Paulo: Abril, 15 de maio de 2002. (Edição especial de 35º aniversário).

DUBOIS, Jean et al. **Dicionário de lingüística**. São Paulo : Cultrix, 1995.

FERREIRA, S.M. S. P. Novos paradigmas e novos usuários de informação. In: **Revista Ciência da Informação**, Brasília, v. 25, n. 2, 1995. Disponível em: <www.ibict.br/cienciadainformacao>. Acesso em: 22 jun. 2005.

FIGUEIREDO, N. M. de. **Estudos de uso e usuários da informação**. Brasília: IBICT, 1994. p. 87-97.

FIGUEIREDO, N. M. de. **Paradigmas modernos da ciência da informação em usuários/coleções/referência & informação..** São Paulo: Polis, 1999. p. 9-33.

FONTE, Nilce Nazareno. **Pesquisa científica**: o que é e como se faz. Disponível em: <<http://people.ufpr.br/~nilce/metodolog.%20pesquisa%20cientifica.doc> > . Acesso em 23 de abril de 2010

FREIRE, G. H. Construindo relações horizontais na internet: estudo de usuários online. **Revista Informação & Sociedade**: Estudos, Paraíba, v. 14, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.informacaoesociedade.ufpb.br/IS1420410.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GINNEKEN, A. M. van. The sctructure of data in medical records". Yearbook of Medical Informatics. Van Bemmelen e McCray eds. IMIA / Schattauer, 1995: 61-70.

GOLDIM, Roberto J. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2.ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000, p. 302.

GONÇALVES, M. A. Os papéis do gerente e a qualidade da informação gerencial. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 19, João Pessoa. **Anais...** Rio de Janeiro, 1995. V. 1, p. 309-325.

GOODIN, R. "*On constitutional design*". Australian National University (*unpublished manuscript*), 1997.

HABERMAS, J. ***The theory of communicative action: reason and the rationalization of society.*** Boston: Beacon press, V. 1, 1984.

HONORIO, C. C. *Et al.* Política e arquivologia: algumas considerações sobre legislação de sigilo. In: **Congresso Nacional de Arquivologia**, 2. Porto Alegre: AARS. 2006.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. **Serviço de Arquivo Médico e Estatística.** Disponível em: <http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/medicos_profissionais_saude/apoio_assistencial/servico_arquivo_medico_estatistica.asp>. Acesso em 10 de julho de 2010.

IBGE. **Vamos conhecer o Brasil:** nosso território – divisão territorial. Disponível em: <7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil>. Acesso em: 18 de maio de 2015.

JARDIM, J. M.; FONSECA, M. O. Estudos de Usuários em arquivos: em busca de um estado da arte. **DataGramZero:** Revista Ciência da Informação, Brasília, v. 5, n. 5, out. 2004. Disponível em: <<http://www.dgz.org.br>>. Acesso em: 5 jun. 2005.

JARDIM, José Maria. **Informação governamental: acesso e sigilo.** Política & Administração. Rio de Janeiro: FESP, V.3, N.4, p 29-36, nov. 1998

JARDIM, José Maria. **Transparência e opacidade do estado no Brasil:** usos e desusos da informação governamental. Niterói: EdUFF, 1999.

JORGE, M. H. P. M.; *Et al.* O Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM: concepção, implantação e avaliação. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A experiência brasileira em sistemas de Informação em Saúde.** Brasília: MS, 2009. V. 1, p. 71 – 108.

KLEIN, A. L. **Parecer Jurídico sobre Prontuários Médicos:** documentos componentes e formas e prazos de arquivamento. Consultoria Jurídica do HCPA. 1995.

KLEINER, Art, ROTH, George. Como transformar a experiência da empresa em sua melhor mestra. In: **Gestão do conhecimento** : on knowledge management / Harvard Business Review. Rio de Janeiro : Campus, 2000. p. 134 - 147.

KÖCHE, José Carlos. **Fundamentos de metodologia científica:** teoria da ciência e iniciação à pesquisa. 22.ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Metodologia científica.** 4. ed. São Paulo Atlas, 2001.

LAWLOR, D. A.; STONE, T. **Public health and data protection:** an inevitable collision or potential for a meeting of minds?. International Journal of Epidemiology, 30: 1221-5, 2001.

LEITE, Érika Maria Gomes. **A Lei 12.527 e o acesso à informação pública: estudo de caso do Ministério da Justiça.** [Monografia]. Curso de Especialização Gestão em Arquivos – Universidade Aberta do Brasil/Universidade Federal de Santa Maria, 2012.

LEVICOVITZ, E.; PEREIRA, T. R. **SIH-SUS (Sistema AIH):** uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil 1983-1991. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LÉVY, Pierre. **As Tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática.** Rio de Janeiro, Ed.34, 1993.

LIJPHART, A. ***Democracies: patterns of majoritarian and consensus government in twenty-one countries.*** New Haven/Londres, Yale University Press, 1984.

LIMA, C. R. A.; *Et Al.* Departamento de informática do SUS – DATASUS: a experiência da disseminação de informações em saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A experiência brasileira em sistemas de Informação em Saúde.** Brasília: MS, 2009. V. 1, p. 109 – 129.

LIMA, E. J. L. **Os três pilares da gestão do conhecimento.** <http://www.kmol.online.pt/artigos/200303/lim02_1.html >. Acesso em: 13 jun. 2006.

LIPOVETSKY, Gilles. **Metamorfoses da cultura liberal: ética, mídia e empresa.** Porto Alegre: Sulina, 2004.

LOPES, Antonio Alberto; NOBLAT, Antonio Carlos; *et al*; **Informação e Saúde.** Salvador: EDUFBA. 1999.

LOPES, Luis Carlos. **A informação e os arquivos** : teorias e práticas. Niterói : EDUFF; São Carlos : EDUFSCar, 1996.

LUSSATO, B. **La Théorie de L'Empreint.** Paris: ESF, 1991.

MALHOTRA, Y. ***What is knowledge management?***. 1993. Disponível em <<http://www.brint.com.papers/copint.htm>>. Acesso 3m 20 de março 2005.

MARCONDES, Weller B. DATASUS e Conselhos de Saúde: diálogos entre os Sistemas de informação em Saúde e o controle social. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A experiência brasileira em sistemas de Informação em Saúde.** Brasília: MS, 2009. V. 2, p. 107 – 128.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARTINS, C. D.; ZAMPERLINI, D. F. M.; ROZEMBERG, D. S. Avaliação do serviço de atendimento aos usuários da Junta Comercial do estado do Espírito Santo. In: **Congresso Nacional de Arquivologia**, 2. Porto Alegre: AARS. 2006.

MASAGÃO, Mário. **Curso de direito administrativo**. 5. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1974.

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;

MCGEE, J.; PRUSAK, L. **Gerenciamento estratégico da informação**. Tradução: Astrid Beatriz de Figueiredo. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

MELO, Marcus André. O viés majoritário na política comparada: responsabilização, desenho institucional e qualidade democrática. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. vol.22, no.63, São Paulo, Feb. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092007000100003&lng=en&nrm=iso#tx01>. Acesso em: 23 de maio de 2011.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Informação em saúde para o exercício do controle social: a luta pela democratização e qualidade da informação. In: **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Políticas de saúde:** metodologia de formulação. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Relatório final do Grupo especial para a descentralização, uso e disseminação de informações em saúde:** subsídios para a elaboração de uma política de informações para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Sistema Único de Saúde (SUS):** princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MIRANDA, Antonio. A ciência da informação e a teoria do conhecimento objetivo: um relacionamento necessário. In: _____. **Ciência da Informação** : teoria e metodologia de uma área em expansão. Elmira Simeão (Org.). Brasília : Thesaurus, 2003. p. 173 - 187.

MORAES, I. H. S. **Informações em saúde:** para andarilhos e argonautas de uma tecnodemocracia emancipadora. [Tese]. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

MORAES, I. N. **Erro Médico.** 1. ed. São Paulo: Maltese, 1991.

MORIN, Edgar. **O método 3:** o conhecimento do conhecimento. 3. ed. Tradução: Juremir Machado da Silva. Porto Alegre: Sulina, 2005.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2000.

MOSQUERA, José Mouriño; STOBÄUS, Claus Dieter. **Importância da Pesquisa Social em Saúde.** 2006. Disponível em: <seer.ufrgs.br/Movimento/article/download/2006/899>. Acesso em: 20 de maio de 2011.

NASCIMENTO M. de J.; WESCHENFELDE, S. Necessidade de informação dos vereadores de Florianópolis: um estudo de usuário. **Revista Informação & Sociedade: Estudos**, Paraíba, v. 12, n. 1, 2002. Disponível em: <<http://www.informacaoesociedade.ufpb.br/IS1210210.htm>>. Acesso em: 26 jun. 2003.

NONAKA, Ikujiro. A empresa criadora de conhecimento. In: **Gestão do conhecimento: on knowledge management** / Harvard Business Review. Rio de Janeiro : Campus, 2000. p. 27 – 49.

NUNES, 5. P.; NIINES, R. da C. **Instituições orçamentárias**: uma agenda para reformas pós Lei de Responsabilidade Fiscal. Brasil, Secretaria do Tesouro Nacional. Finanças públicas. V prêmio Tesouro Nacional. Brasília: ESAF, 2001.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. **A mídia em pauta: accountability midiático na TV Comunitária de Belo Horizonte**. Disponível em <www.ufmg.br-proex-arquivos-8Encontro-Comun_1.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2007.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde. In: **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2007.

PEPE, Vera E. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS). In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A experiência brasileira em sistemas de Informação em Saúde**. Brasília: MS, 2009. V. 2, p. 65 – 86.

PITKIN, H. **The concept of representation**. Berkeley, University of California Press, 1967.

PORTAL DA SAÚDE [BRASIL]. **Informações em Saúde (TABNET)**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br>>. Acesso em 25 de junho de 2014.

POWELL, G. B. & VANBERG, G. *Election laws, disproportionality, and median correspondence: implications for two visions of democracy*. In: **British Journal of Political Science**, 30 (3): 383-411. 2000.

RISI JUNIOR, J. B. *The production of vaccines is a strategic activity for Brazil*. In: **História, Ciência, Saúde – Magalhães**, [S. l.] V. 10, Supplement 2, 2003, p. 771 – 183.

RODRIGUES FILHO, José. O INAMPS e a “eficiência” dos hospitais privados lucrativos. In: **Revista de Administração**. V. 18 (4), 1983. P. 93 – 97. Disponível em: <www.rausp.usp.br/download.asp?file=1804093.pdf >. Acesso em 01 de julho de 2010.

ROEDEL, Daniel. Estratégia e inteligência competitiva. In: STAREC, Cláudio; GOMES, Elizabeth; BEZERRA, Jorge (Orgs.). **Gestão estratégica da informação e inteligência competitiva**. São Paulo : Saraiva, 2005. p. 67 - 86.

SANTOS, A. R. Sociedade do Conhecimento: mudanças de expectativa no Ocidente e no Brasil. In: **Congresso Nacional de Arquivologia**, 2. Porto Alegre: AARS. 2006.

SANTOS, A. C. **Sistemas de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde: documentação do sistema para auxiliar o uso das informações**. [DISSERTAÇÃO]. Mestrado Profissional em Gestão de Informação e Comunicação em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz – Ministério da Saúde, 2009. 226 p.

SANTOS, N. R. A reforma Sanitária e o SUS: tendências e desafios após 20 anos. In: **Saúde em Debate**. V. 33 (81), 2009. P. 13 – 26. Disponível em <<http://www.cebes.org.br/media/file/saaudeemdebate81.pdf>>. Acesso em 06 de julho de 2010.

SENGE, Peter. **Copiar as melhores práticas não é aprender**. [Entrevista concedida a Jorge Nascimento Rodrigues]. Disponível em <<http://www.gurusonline.tv/pt/conteudos/senge.asp>>. Acesso em: 3 fev. 2006.

SENNA, M. C. M. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A experiência brasileira em sistemas de Informação em Saúde**. Brasília: MS, 2009. V. 2, p. 87 – 108.

SERRA JR., Lamberto Ricarte. O papel do arquivista na gestão do conhecimento. In: **Congresso Nacional de Arquivologia**, 2. Porto Alegre: AARS. 2006.

SETZER, Valdemar W. Dado, Informação, Conhecimento e Competência. In: **Data Gama Zero**. Nº. 0, 1999.

SILVA, Jaguaraci Modesto da. **Os arquivos médicos hospitalares vistos como fonte de informação para as pesquisas científicas: estudo de caso HUPES**. Monografia. Salvador: Universidade Federal da Bahia/Curso de Arquivologia, 2008. Disponível em: <http://www.ici.ufba.br/twiki/pub/ICI/Arquivologia/Jaguaraci_Modesto_da_Silva.pdf>. Acesso em 15 de maio de 2010.

SILVA, Junia Guimarães; MARINHO Jr, Inaldo Barbosa. **Socialização da informação**: aportes da teoria da ação comunicativa. Revista Ciência da Informação: Brasília, v. 25, n. 3, p. 466-472, set/dez 1996.

SILVA, Silvio Fernandes da. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. In: **Saúde em Debate**. V. 33 (81), 2009. P. 38 – 46. Disponível em <<http://www.cebes.org.br/media/file/saaudeemdebate81.pdf>>. Acesso em 06 de julho de 2010.

SOUNIS, Emílio. **Organização de um serviço de arquivo médico e estatística: para hospitais**. Mc Graw - Will do Brasil. 1973, 157p.

SOUZA, R. R. **O sistema público de saúde brasileiro**. São Paulo: Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servicos/arquivos/Destaque828.pdf>>. Acesso em: 01 de junho de 2010.

SOUZA, V. R. S. **O Acesso à informação na legislação Brasileira**. Rio de Janeiro: SJRJ, 2012.

SOUZA, W. V.; DOMINGUES, C. M. A. S. Notificação compulsória de doenças e agravos no Brasil: um breve histórico sobre a criação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A experiência brasileira em sistemas de Informação em Saúde**. Brasília: MS, 2009. V. 1, p. 39 – 48.

SVEIBY, K. E. **A nova riqueza das organizações: gerenciando e avaliando patrimônios de conhecimento**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues **Modelos comunicacionais e práticas de saúde**. [1997]. Disponível em: <<http://www.corposem.org/rizoma/modecom.htm>>. Acesso em 03 de abril de 2007.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. **Informação e comunicação em saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. [1996]. Disponível em: <<http://www.corposem.org/rizoma/infocom.htm>>. Acesso em 03 de abril de 2007.

THEÓPHILO, Carlos Renato. Algumas considerações sobre pesquisa empírica em contabilidade. In: **Caderno de Estudos**. V. 10 (19). São Paulo: FIEPECAFI, 1998.

TOVAR, Maurício Torres. Participação e controle social para o exercício pleno da cidadania em saúde na América Latina: importância da comunicação e da informação. In: **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2007.

TRAVASSOS, C. M.; MARTINS, M. S. A confiabilidade dos dados nos formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). In: **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], V. 10, n. 3, 1994, p. 339 – 350.

TRUJILLO FERRARI, Afonso. **Metodologia da pesquisa científica**. São Paulo: McGraw/Hill do Brasil, 1982.

URBANETTO, Rosanara Pacheco. A informação como elemento de transformação. In: URBANETTO, Rosanara Pacheco (Coordenadora). **Caderno de Arquivologia 2**. Santa Maria: UFSM, 2005.

URBANETTO, Rosanara Pacheco; ROSA, Tatiana Costa. **A busca da transparência na gestão pública: lei de acesso brasileira**. Disponível em: <<http://www.jus.com.br/artigos>>. Acesso em 24 de junho de 2014.

VEIGA, Alexandre; et al. Os Arquivos como esfera pública informacional na construção da cidadania. In: **Congresso Nacional de Arquivologia, 2**. Porto Alegre: AARS. 2006.

VIACAVA, Francisco. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A experiência brasileira em sistemas de Informação em Saúde**. Brasília: MS, 2009. V. 2, p. 27 – 39.

WIKIPEDIA. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_%C3%9Anico_de_Sa%C3%BAde>. Acesso em 01 de junho de 2010.

YAKEL, Elizabeth. **Knowledge management:** *The archivist's and records manager's perspective*. Information Management Journal. ARMA International, Jul. 2000.